



Università degli Studi di Genova
Genoa University



Scuola di
Scienze sociali

School of Social Sciences

DISFOR Dipartimento di Scienze della Formazione

Dipartimento di Scienze della Formazione (DISFOR)

**CORSO DI DOTTORATO IN SCIENZE SOCIALI
CURRICULUM DI PSICOLOGIA, ANTROPOLOGIA E SCIENZE
COGNITIVE**

XXXII ciclo

**SERVIZI SANITARI CULTURALMENTE COMPETENTI, EQUI
E SENSIBILI ALLE DIFFERENZE. UNO STUDIO
MULTILIVELLO NEL CONTESTO ITALIANO**

Tutor: Andreina Bruno

Candidato: Giuseppina Dell'Aversana

ANNO ACCADEMICO

2018-2019

Indice

Introduzione	6
CAPITOLO 1. DEFINIRE E IMPLEMENTARE PRATICHE DI COMPETENZA CULTURALE, EQUITÀ E SENSIBILITÀ ALLE DIFFERENZE	9
1.1 <i>Introduzione</i>	9
1.2 <i>Migrazione, diversità e salute: la sfida dell'equità per i servizi sanitari</i>	12
1.3 <i>La competenza culturale e sensibilità alle differenze: complessità della definizione</i>	15
1.3.1 <i>Lo sviluppo della competenza culturale: l'approccio categoriale e i suoi limiti</i>	18
1.3.2 <i>Ridefinizione della competenza culturale: la centralità dell'approccio centrato sulla persona e il riconoscimento dei fattori sociali</i>	19
1.3.3 <i>Oltre la competenza culturale: metafore e proposte alternative</i>	21
1.4 <i>Le strategie organizzative secondo una prospettiva sistemica</i>	24
1.4.1 <i>La competenza culturale organizzativa: definizione dei "domini" e delle strategie organizzative</i>	25
1.4.2 <i>La competenza culturale organizzativa: processi di sviluppo e tipologie di organizzazioni</i>	29
1.5 <i>Implementare le strategie organizzative di competenza culturale</i>	31
1.5.1 <i>L'implementazione di pratiche culturalmente competenti: quali evidenze d'efficacia?</i>	31
1.5.2 <i>Implementare e sostenere la CC nell'organizzazione: il ruolo del commitment organizzativo, barriere interne ed esterne</i>	33
1.5.3 <i>Implementare e sostenere la CC nell'organizzazione: il ruolo delle pratiche partecipative</i>	36
1.6 <i>Conclusioni</i>	39
CAPITOLO 2. LA RICERCA. L'IMPLEMENTAZIONE DELLE STRATEGIE DI COMPETENZA CULTURALE E SENSIBILITÀ ALLE DIFFERENZE NEI SERVIZI SANITARI, CON UN'OTTICA MULTILIVELLO: OBIETTIVI, DISEGNO DI RICERCA E METODO	43
2.1 <i>Introduzione</i>	43
2.1.1 <i>Servizi CC, equi e sensibili alle differenze: un breve quadro sul contesto italiano</i>	44
2.2 <i>La ricerca</i>	46
2.2.1 <i>La domanda generale e gli obiettivi</i>	46
2.2.2 <i>Il disegno di ricerca</i>	46
2.3 <i>Livello macro. Competenza culturale, equità e sensibilità alle differenze: l'analisi dei documenti delle politiche sanitarie</i>	49
2.3.1 <i>Obiettivi e metodo</i>	49
2.3.2 <i>Unità di analisi e Analisi</i>	49
2.4 <i>Livello macro. Le politiche regionali su competenza culturale, equità e sensibilità alle differenze: la percezione degli stakeholder</i>	50
2.4.1 <i>Obiettivi e metodo</i>	50
2.4.2 <i>Campione</i>	51
2.4.3 <i>Strumento</i>	52
2.4.4 <i>Analisi</i>	52
2.5 <i>Livello meso e micro. Prospettive sull'implementazione di pratiche CC, d'equità e sensibili alle differenze nei servizi sanitari. Lo studio di caso</i>	55
2.5.1 <i>Obiettivi</i>	55

2.5.2 La metodologia	56
2.5.3 La scelta delle organizzazioni	56
2.5.4 Procedura e strategie di campionamento	58
2.5.5 Gli strumenti	59
2.5.6 Analisi dei dati	61
CAPITOLO 3. RISULTATI. DALLE POLITICHE ALLE PRATICHE NEI CONTESTI SANITARI: ANALISI DOCUMENTALE ED ESPLORAZIONE DELLA PERCEZIONE DELLE POLITICHE REGIONALI PER SERVIZI CULTURALMENTE COMPETENTI	63
3.1. <i>L'analisi documentale delle politiche regionali</i>	63
3.1.1 Risultati dell'analisi del piano socio-sanitario dell'Emilia-Romagna	63
3.1.2 Risultati dell'analisi del piano socio-sanitario della Toscana	69
3.1.3 Risultati dell'analisi del piano socio-sanitario del Piemonte	71
3.1.4 Discussione	72
3.2 <i>Le politiche regionali su competenza culturale, equità e sensibilità alle differenze: la percezione degli stakeholder</i>	76
3.2.1 Barriere all'accesso e all'accessibilità dei servizi	76
3.2.2 Emilia-Romagna	77
3.2.3 Toscana	86
3.2.4 Piemonte	91
3.2.5 Discussione	97
CAPITOLO 4. RISULTATI DELLO STUDIO DI CASO: INTRODUZIONE ALL'ANALISI TRASVERSALE ALLE TRE ORGANIZZAZIONI	104
4.1 <i>Presentazione dei temi di analisi</i>	104
CAPITOLO 5. RISULTATI. ANALISI INTRACASO DELL'ORGANIZZAZIONE 1 (EMILIA-ROMAGNA)	107
5.1 <i>Introduzione</i>	107
5.2 <i>Livello Manageriale</i>	108
5.2.1 Commitment organizzativo e principi a sostegno della CC e sensibilità alle differenze	108
5.2.2 Le pratiche nell'erogazione dei servizi e nella promozione della salute	113
5.2.3 Supporto organizzativo all'implementazione di pratiche di CC e d'equità	116
5.2.4 Il sistema regionale e il contesto sociale e politico	116
5.3 <i>Livello del Servizio: il contesto</i>	117
5.4 <i>Livello Middle Management</i>	117
5.4.1 Commitment organizzativo e principi a sostegno della CC e sensibilità alle differenze	117
5.4.2 Le pratiche nell'erogazione dei servizi e nella promozione della salute	121
5.4.3 Supporto organizzativo all'implementazione di pratiche di CC e di equità	127
5.4.4 Il sistema regionale e il contesto sociale e politico	129
5.5 <i>Livello professionale</i>	130
5.5.1 Commitment organizzativo e principi a sostegno della CC e sensibilità alle differenze	130
5.5.2 Le pratiche nell'erogazione dei servizi e nella promozione della salute	133
5.5.3 Supporto organizzativo all'implementazione di pratiche di CC e di equità	135
5.5.4 Il sistema regionale e il contesto sociale e politico	136
5.6 <i>Discussione</i>	136

CAPITOLO 6. RISULTATI. ANALISI INTRACASO DELL'ORGANIZZAZIONE 2 (TOSCANA)	145
6.1 <i>Introduzione</i>	145
6.2 <i>Livello Manageriale</i>	146
6.2.1 Commitment organizzativo e principi a sostegno della CC e sensibilità alle differenze	146
6.2.2 Le pratiche nell'erogazione dei servizi e nella promozione della salute	150
6.2.3 Supporto organizzativo all'implementazione di pratiche di CC e di equità	153
6.2.4 Il sistema regionale e il contesto sociale e politico	154
6.3 <i>Livello del Servizio: il contesto</i>	155
6.4 <i>Livello middle management</i>	155
6.4.1 Commitment organizzativo e principi a sostegno della CC e sensibilità alle differenze	155
6.4.2 Le pratiche nell'erogazione dei servizi e nella promozione della salute	158
6.4.3 Supporto organizzativo all'implementazione di pratiche di CC e di equità	160
6.4.4 Il sistema regionale e il contesto sociale e politico	161
6.5 <i>Livello professionale</i>	162
6.5.1 Commitment organizzativo e principi a sostegno della CC e sensibilità alle differenze	162
6.5.2 Le pratiche nell'erogazione dei servizi e nella promozione della salute	164
6.5.3 Supporto organizzativo all'implementazione di pratiche di CC e di equità	166
6.6 <i>Discussione</i>	167
CAPITOLO 7. RISULTATI. ANALISI INTRACASO DELL'ORGANIZZAZIONE 3 (PIEMONTE)	174
7.1 <i>Introduzione</i>	174
7.2 <i>Livello manageriale</i>	175
7.2.1 Commitment organizzativo e principi a sostegno della CC e sensibilità alle differenze	175
7.2.2 Le pratiche nell'erogazione dei servizi e nella promozione della salute	178
7.2.3 Supporto organizzativo all'implementazione di pratiche di CC e di equità	183
7.2.4 Il sistema regionale e il contesto sociale e politico	184
7.3 <i>Livello del Servizio: il contesto</i>	185
7.4 <i>Livello middle management</i>	185
7.4.1 Commitment organizzativo e principi a sostegno della CC e sensibilità alle differenze	185
7.4.2 Le pratiche nell'erogazione dei servizi e nella promozione della salute	187
7.4.3 Supporto organizzativo all'implementazione di pratiche di CC e di equità	190
7.4.4 Il sistema regionale e il contesto sociale e politico	191
7.5 <i>Livello professionale</i>	192
7.5.1 Commitment organizzativo e principi a sostegno della CC e sensibilità alle differenze	192
7.5.2 Le pratiche nell'erogazione dei servizi e nella promozione della salute	194
7.5.3 Supporto organizzativo all'implementazione di pratiche di CC e di equità	196
7.5.4 Il sistema regionale e il contesto sociale e politico	197
7.6 <i>Discussione</i>	198
CAPITOLO 8. RISULTATI. L'ANALISI INTERCASO	204
8.1 <i>Introduzione</i>	204
8.2 <i>Sviluppare commitment organizzativo: i processi, le strategie manageriali per servizi CC partecipativi</i>	204

<i>8.3 Orientare i servizi alla diversità: i significati attribuiti dal livello manageriale, dal middle management e operativo</i>	206
<i>8.4 La traduzione della CC e dell'equità nelle pratiche: supporto, barriere e facilitatori organizzativi e del contesto</i>	208
8.4.1 Sviluppare CC nei servizi: le pratiche del sistema di erogazione	208
8.4.2 Le pratiche partecipative, le barriere e i facilitatori	211
8.4.3 Barriere, facilitatori e il supporto alla CC	214
<i>8.5 Discussione. La connessione tra il sistema macro-meso-micro</i>	216
<i>8.6 Implicazioni teoriche e pratiche e limiti</i>	219
BIBLIOGRAFIA	221
APPENDICE	234
<i>A) Griglia intervista - studio percezione delle politiche regionali</i>	235
<i>B) Griglia intervista focus group – Studio di caso</i>	236
<i>C) Analisi documentale organizzazione 1 (Emilia-Romagna)</i>	237
<i>D) Analisi documentale dell'organizzazione 2 (Toscana)</i>	242
<i>E) Analisi documentale dell'organizzazione 3 (Piemonte)</i>	246

Introduzione

Garantire un trattamento equo per tutti i pazienti nei processi di cura e nella progettazione dei servizi è un obiettivo centrale dei nostri sistemi di cura espresso nelle politiche sanitarie nazionali e internazionali. Alcuni gruppi di popolazione, fra cui le persone di origine immigrata, mostrano maggiori vulnerabilità nell'accesso ai servizi e nello stato di salute. Pertanto, i sistemi sanitari sempre più spesso sono chiamati a sviluppare sistemi e pratiche innovative per garantire che le differenze siano accolte e rispettate nell'assistenza. Comprendere cosa significhi integrare i principi dell'equità e del rispetto alle differenze nella pratica dei servizi assume, quindi, una rilevanza fondamentale, sia nella ricerca che nella pratica.

La presente tesi di dottorato cerca di affrontare tale questione, proponendo un approfondimento sui modi di pensare e agire organizzativi rispetto al tema della competenza culturale (CC) nei servizi sanitari, facendo proprio, in particolare, un approccio della psicologia delle organizzazioni attenta alle dimensioni sistemiche dell'agire organizzativo.

Come è possibile osservare, la tesi si dedica inizialmente all'analisi della letteratura sul tema della competenza culturale nei servizi sanitari, per proseguire con la presentazione del progetto di ricerca volto ad approfondire alcune questioni rilevanti identificate attraverso l'analisi della letteratura stessa. Fra queste, da una parte, emerge la continua ridefinizione del costrutto, influenzata dai diversi contesti geografici, e il rischio di riprodurre stereotipi e stigmatizzazioni collegate all'intervento per gruppi socio-culturali. Dall'altra, si mostra la difficoltà dell'implementazione della competenza culturale come dimensione centrale e integrata del sistema organizzativo e fondata sulla dimensione partecipativa dell'utenza e della comunità.

La ricerca, quindi, vuole contribuire al dibattito sugli approcci relativi alla competenza culturale e promuovere una riflessione critica sulle politiche, sui processi organizzativi e sulle pratiche professionali pensate per rispondere ai bisogni dell'utenza con un background migratorio o di "diversa origine". In particolare, questo lavoro si è proposto come fine di meglio comprendere la complessità delle dinamiche in gioco tra "culture" (del singolo, dell'operatore, del fruitore, dei gruppi professionali, dell'organizzazione) e la distanza frequente tra "dichiarato" ed "agito" nei contesti organizzativi.

Pertanto, a partire da un approccio teorico che enfatizza le connessioni fra il livello macro, meso e micro-organizzativo, ovvero tra il livello delle politiche, delle pratiche manageriali e delle pratiche professionali essa si articola in due studi tra loro connessi, ma specifici per oggetto di indagine che sono stati condotti in tre regioni italiane. Il primo si concentra sulle politiche socio-sanitarie regionali che orientano le pratiche di CC nei servizi sanitari locali; il secondo si struttura come uno studio di caso multiplo comparativo di servizi sanitari. Per ogni caso, le prospettive e le pratiche di "competenza culturale" sono analizzate considerando tre livelli: il livello del top management aziendale; il livello del middle management (direzione di un Servizio); il livello del front-line (gli operatori del medesimo Servizio).

In particolare, la tesi si compone di una parte dedicata all'analisi della letteratura (Capitolo 1) a cui segue la presentazione del progetto di ricerca (Capitolo 2). I capitoli successivi sono dedicati alla presentazione dei risultati: dapprima sono presentati i risultati del primo studio e la loro discussione (Capitolo 3); in seguito sono descritti e discussi i risultati del secondo studio (Capitoli 4,5,6,7,8).

Qui di seguito si propone una breve sintesi del contenuto dei capitoli della tesi.

Il capitolo uno propone una esplorazione del concetto di competenza culturale come strategia organizzativa volta alla riduzione delle disuguaglianze, attraverso una rassegna multidisciplinare dei principali contributi sull'argomento presenti in letteratura. È introdotto il tema delle disuguaglianze di salute nell'accesso e nella qualità delle cure che si presentano per le persone migranti, riportando un'analisi delle "barriere" che ne sono alla base e le risposte a livello di

politiche sanitarie internazionali. La prima parte del capitolo è dedicata all'analisi della definizione del costrutto di competenza culturale, mettendo in evidenza la complessità del dibattito e i diversi approcci sviluppati nella letteratura; sono inoltre approfondite le strategie organizzative e, passando al tema dell'implementazione, le evidenze sull'efficacia degli interventi culturalmente competenti sulle disuguaglianze di salute e della qualità e accesso dei servizi. In particolare, l'attenzione viene posta sull'importanza di integrare una prospettiva sistemica e partecipativa nei processi di implementazione delle pratiche di competenza culturale, approfondendo le barriere e i facilitatori alla CC nel sistema organizzativo.

Il capitolo due presenta il progetto di ricerca, definendo gli obiettivi principali, il disegno di ricerca e la metodologia degli studi che compongono l'indagine (Tab.1).

Tabella 1. Prospetto degli studi che compongono la ricerca			
Tema	Obiettivo	Metodo	Partecipanti/ unità di analisi
Livello macro Politiche	Esplorare come le politiche sanitarie regionali affrontano il tema delle disuguaglianze sanitarie dei migranti e dell'equità e competenza culturale.	Analisi dei documenti	Piani sociosanitari Regionali vigenti delle 3 Regioni
Livello macro Politiche e implementazione	Esplorare la percezione delle politiche regionali, la diffusione e implementazione di pratiche dei servizi sanitari nel contesto regionale	Interviste	19 testimoni privilegiati
Livello meso-organizzativo meso-servizio e micro Implementazione della CC nelle organizzazioni	Esplorare l'implementazione di pratiche di competenza culturale. Approfondire il ruolo delle pratiche di commitment organizzativo e pratiche partecipative. Individuare barriere e facilitatori	Studio di caso comparativo • Intervista individuale e di gruppo • Analisi dei documenti aziendali	3 organizzazioni sanitarie 30 partecipanti

Il disegno di ricerca, la scelta dei metodi di raccolta e l'analisi dei dati sono stati definiti per esplorare le connessioni fra il livello macro, meso e micro-organizzativi, ovvero tra il livello delle politiche, delle pratiche manageriali e delle pratiche professionali.

La ricerca è stata condotta in tre Regioni italiane (Emilia-Romagna, Toscana e Piemonte), assumendo un disegno comparativo volto ad esplorare come le politiche sanitarie regionali affrontano il tema delle disuguaglianze sanitarie dei migranti, dell'equità e della competenza culturale e le prospettive sull'implementazione nei servizi sanitari, coinvolgendo diversi stakeholder e gli attori organizzativi nei servizi sanitari. La ricerca si compone quindi di: a) analisi delle politiche sanitarie, attraverso analisi documentale e interviste a testimoni privilegiati; b)

studi di caso, secondo la metodologia dello studio di caso multiplo in tre organizzazioni sanitarie. La scelta delle Regioni è subordinata alla selezione delle organizzazioni, scelte per la visibilità del commitment organizzativo sui temi della CC e del rispetto delle differenze.

Il capitolo tre è suddiviso in due parti e presenta i risultati dell'analisi dei documenti delle politiche sanitarie e i risultati delle interviste a differenti stakeholder.

Attraverso l'analisi dei documenti sono stati analizzati i 3 piani sociosanitari delle 3 Regioni: la ricerca ha permesso di mettere in luce le specificità e le disomogeneità fra le regioni in relazione alla priorità attribuita al tema delle disuguaglianze sanitarie e dell'equità e alla predisposizione di strategie per i servizi sanitari regionali.

Attraverso le interviste a 19 testimoni privilegiati si è approfondita la percezione degli stakeholder sulle politiche regionali a sostegno dell'implementazione della CC e delle pratiche partecipative. I risultati hanno mostrato il persistere di difficoltà nell'implementazione delle politiche e nella diffusione di pratiche CC e d'equità, ma anche il valore dei dispositivi di coordinamento regionale come strumento sia per favorire lo sviluppo e la diffusione di pratiche CC e di sensibilità alle differenze, in un'ottica organizzativa, sia in modo potenziale, la partecipazione degli stakeholder del terzo settore per la promozione dell'equità in termini di politiche e di pratiche.

I capitoli quattro, cinque, sei, sette presentano i risultati dello studio di caso comparativo. La ricerca ha coinvolto 3 organizzazioni sanitarie e 30 partecipanti di diversi livelli organizzativi: manageriale, middle management e professionale/operativo. Il *capitolo quattro* introduce i risultati dell'analisi presentando i temi trasversali analizzati nelle tre organizzazioni. I *capitoli cinque, sei, sette* sono dedicati ognuno ad una singola organizzazione presentando i risultati raccolti tramite le interviste nei tre livelli sopra nominati e discutendoli, infine, in modo comparativo e alla luce dell'analisi di un campione di documenti aziendali (presente in Appendice).

Chiude la tesi il *capitolo otto* che presenta una discussione intercaso con lo scopo di mettere in evidenza somiglianze e differenze dei contesti organizzativi e fare connessioni con i risultati dell'analisi delle politiche regionali.

Lo studio di caso comparativo, che costituisce il cuore di questo lavoro, ha consentito di rilevare i diversi significati associati alle pratiche di competenza culturale ed equità, mostrando le condizioni organizzative che intervengono nel determinare la sua implementazione. Si delineano in particolare linee di tendenza comuni e specificità nell'implementazione della CC. In modo trasversale, si mostra la necessità di dispositivi di integrazione organizzativa per diffondere la CC a tutti i livelli e sviluppare sinergie virtuose.

CAPITOLO 1.

DEFINIRE E IMPLEMENTARE PRATICHE DI COMPETENZA CULTURALE, EQUITÀ E SENSIBILITÀ ALLE DIFFERENZE

1.1 Introduzione

Il fenomeno delle migrazioni internazionali, negli ultimi anni, ha avuto dimensioni senza precedenti e da decenni, anche in Italia, il profilo della popolazione, in termini di origini culturali e sociali è divenuto sempre più diversificato. Nel mondo sono stimati 272 milioni di migranti internazionali, un numero che supera di 51 milioni le cifre stimate del 2010. Vivono nella regione europea 90,7 milioni di migranti internazionali, pari a circa il 10% della popolazione europea totale, e si stima che un milione di rifugiati e migranti vi abbia fatto ingresso nel 2015 (UN, 2019).

In Italia, il numero delle persone residenti di origine straniera rimane pressoché costante da anni: la popolazione residente è di 5,26 milioni di residenti, pari all'8,7% degli abitanti (con un aumento del 2,2% rispetto al 2017) (IDOS, 2019). Si osservano, soprattutto, importanti processi di stabilizzazione rappresentati dalla crescita della quota di acquisizioni della cittadinanza, che nel 2017 sono state 224 mila, segnando un nuovo record. Come molti Paesi del Mediterraneo l'Italia è stata interessata in modo importante dalla crisi migratoria iniziata nel 2015, “la cosiddetta emergenza sbarchi”, con significativi flussi di migranti richiedenti asilo e protezione umanitaria, che hanno portato ad una nuova attenzione al tema della migrazione nei servizi sanitari e nelle politiche sociali nazionali. Attualmente, il numero degli attraversamenti irregolari delle frontiere è andato, però, in decrescita: nel 2018 ha raggiunto il livello più basso degli ultimi 5 anni, anche in seguito agli accordi tra il nostro Paese e la Libia; i migranti della rotta del Mediterraneo centrale sbarcati in Italia sono scesi a 23.370 in tutto il 2018, l'80,4% in meno rispetto al 2017, in cui erano 119.310. Tuttavia, è importante, segnalare per le implicazioni in termini di integrazione sociale e di accesso ai servizi sanitari, che l'abolizione della protezione umanitaria prevista dal primo “Decreto Sicurezza” (L. 132/2018), sostituita da permessi di più difficile rinnovo, ha portato, in aggiunta alla crescita della sovraesposizione mediatica del fenomeno migratorio, ad un aumento di migranti irregolari (si passa, infatti, dai 530.000 del 2018 ai 670.000 stimati per il 2020).

Come in parte visibile dal quadro qui brevemente tratteggiato, la migrazione rappresenta un fenomeno complesso, tanto che la letteratura ha suggerito il termine “superdiversità”, per indicare l'alta differenziazione interna della popolazione “migrante”, in termini di origini, tipo di migrazione, livello educativo, stato sociale, diritti, cultura e risorse (Phillimore *et al.*, 2019). Pertanto, in questo lavoro ci riferiamo al termine migranti considerando l'eterogeneità che lo contraddistingue. Sono convenzionalmente definiti diversi sottogruppi, ma data la dinamicità del processo migratorio, tali categorie appaiono talvolta inadeguate (es. un migrante regolare può diventare irregolare in alcuni Stati raggiungendo la maggiore età, o perdendo il lavoro); inoltre, esse non sono neutre e rivelano assunzioni e valori differenti, che influenzano i processi di integrazione sociale. In particolare, la definizione dei sottogruppi da un punto di vista formale ha implicazioni sulla salute e sul diritto all'accesso ai servizi sanitari in base alle normative nazionali

e internazionali e per questo, in Tab. 2 sono presentate alcune definizioni delle diverse “categorie” più spesso utilizzate (migrante, richiedente asilo, migrante irregolare etc.).

I nuovi flussi migratori, insieme alla crescente diversità della popolazione, hanno importanti ripercussioni sui servizi sanitari, sollecitandoli a innovare pratiche professionali e modelli organizzativi. Infatti, benché relativamente recente, soprattutto in ambito europeo, la ricerca sulle disuguaglianze sanitarie testimonia la presenza di barriere all’accesso e nella qualità delle cure e disuguaglianze nelle condizioni di salute per migranti e persone appartenenti alle minoranze etniche (Rechel *et al.*, 2013).

Un importante aspetto alla base dell’equità nei servizi sanitari riguarda, la normativa che regola l’accesso. Prima dell’introduzione del cosiddetto “Decreto Sicurezza” (L. 132/2018) all’Italia era stato riconosciuto un primato per l’inclusività delle politiche di accesso, in particolare per migranti irregolari e richiedenti asilo (Abubakar *et al.*, 2018). Tuttavia, come segnalato dalla Società di Medicina delle Migrazioni (SIMM), Associazione Italiana di Psicologia (AIP) e altre società scientifiche, il suddetto decreto rischia di avere un impatto molto negativo sulle possibilità di tutela della salute individuale di migranti e della salute collettiva¹.

Un ulteriore aspetto, si riferisce alla capacità di sviluppare servizi sanitari capaci di rispondere alla diversità, culturalmente competenti e centrati sul paziente. Sul piano delle organizzazioni sanitarie, l’adattamento alla diversità culturale con servizi “culturalmente competenti”, infatti, è stato proposto internazionalmente come modello di buone prassi (Ingleby, 2011). La competenza culturale (CC), in alcuni Paesi Europei conosciuta più comunemente come “strategie interculturali”, si è diffusa a partire dagli anni Novanta, nel contesto nordamericano come costruito per orientare le pratiche dei servizi e promuovere equità verso l’utenza di “diversa” origine. In Europa le modalità di risposta dei servizi hanno seguito vie differenti nei Paesi, in base alla propria storia d’immigrazione, alle caratteristiche delle migrazioni recenti e ai modelli d’integrazione proposti a livello politico.

L’approfondimento delle tematiche relative allo sviluppo dei servizi in risposta alle disuguaglianze sanitarie di migranti e minoranze etniche, e in particolare della competenza culturale, è di rilievo per il contesto italiano, caratterizzato da una letteratura sul tema relativamente giovane. Tognetti Bordogna (2013), a tal proposito, denunciava una grave carenza di ricerche sulle disuguaglianze di salute e una asistematicità a livello nazionale e regionale, tanto da affermare che *“le discriminazioni e la razzializzazione che riguarda la popolazione immigrata trovano una conferma anche sul piano delle informazioni della salute”* (p. 63).

Finalmente, nel 2017 sono stati pubblicati il primo studio sistematico sulla salute degli immigrati in Italia e il testo “L’Italia per l’equità nella salute” che mostrano la necessità e l’impegno dei servizi sanitari verso modelli di “competenza culturale” (Petrelli *et al.*, 2017; Marisola *et al.*, 2017).

¹ Per approfondimenti si rimanda al testo della lettera inviata al Ministero della Salute il 10 Maggio 2019 https://www.simmweb.it/attachments/article/955/Lettera_Ministro_su_rischi_applicaz_L_132_2018_su_assistenza_migranti_DEF_10_05_2019.pdf

Tabella 2. Definizioni dello status di migrante – OMS, 2018

I rifugiati e i migranti sono gruppi distinti governati da quadri giuridici separati. Solo i rifugiati hanno diritto a specifiche protezioni internazionali, come definite dalla legge internazionale sui rifugiati. Il diritto e l'accesso ai servizi sanitari per i vari gruppi sono determinati da contesti, priorità e quadri giuridici nazionali

Richiedente asilo. Una persona che cerca la sicurezza da persecuzioni o gravi danni in un Paese diverso dal proprio e attende una decisione sulla domanda di status di rifugiato ai sensi della normativa internazionale pertinente e degli strumenti nazionali. In caso di decisione negativa, la persona deve lasciare il Paese e può essere espulsa, come qualsiasi straniero in una situazione irregolare o illegale, a meno che non sia permesso il permesso di soggiorno fornito per motivi umanitari o di altro tipo.

Migrante internazionale. Qualsiasi persona che cambi il proprio paese di residenza abituale.

Migrante economico. Migrazione da un paese a un altro, o all'interno di un paese di residenza, ai fini del lavoro.

Migrante. Non esiste una definizione universalmente accettata di migrante. L'International Organization for Migration (IOM) definisce un migrante come “ qualsiasi persona che si sta muovendo o si è trasferita attraverso un confine internazionale o all'interno di uno Stato lontano dal suo luogo di residenza abituale, indipendentemente da (1) lo stato legale della persona; (2) se lo spostamento è volontario o involontario; (3) le cause del movimento; o (4) la durata del soggiorno ”.

Migrante in situazione irregolare (migrante irregolare). Non esiste una definizione chiara o universalmente accettata di migrazione irregolare, ma comprende "spostamenti che avvengono al di fuori delle norme regolamentari dei paesi di invio, di transito o di accoglienza" .

Rifugiato. Una persona che soddisfa i criteri di ammissibilità ai sensi della definizione di rifugiato applicabile, come previsto dagli strumenti internazionali o regionali per i rifugiati, sotto il mandato dell'UNHCR [Ufficio dell'Alto commissario delle Nazioni Unite per i rifugiati], e / o nella legislazione nazionale"

Si propone di seguito un'analisi che approfondisca la relazione fra servizi sanitari e utenza immigrata da un punto di vista dei modelli organizzativi proposti. La domanda che sostiene l'analisi è: in che modo la competenza culturale quale costrutto organizzativo può promuovere il miglioramento della qualità delle cure per migranti e minoranze etniche?

Allo stato attuale, relativamente allo sviluppo dei servizi, emergono due punti problematici tra loro collegati e che contribuiscono ad alimentare la continua controversia sulla possibilità della competenza culturale di ridurre le disuguaglianze sanitarie e promuovere l'equità (Drevdahl *et al.*, 2008). Il primo si riferisce alla concettualizzazione del modello di sviluppo delle organizzazioni sanitarie: a livello internazionale, si registra un ampio dibattito sulla definizione teorica e operativa del costrutto di competenza culturale (CC) dei servizi sanitari. Nonostante le diverse proposte della letteratura, non c'è chiarezza su cosa significhi la CC nella pratica quotidiana (Mollah *et al.*, 2018).

Il secondo riguarda le prove d'efficacia di strategie CC e la sua implementazione come “core strategy” nelle organizzazioni sanitarie, che resta, nonostante diversi progressi, eterogenea e poco diffusa (McCalman *et al.*, 2017; Weech-Maldonado *et al.*, 2018).

Il capitolo approfondisce in una prima sezione la questione delle disuguaglianze sanitarie legate al background migratorio, trattando il tema delle barriere all'accesso e alla qualità delle cure e gli orientamenti politici internazionali che hanno dato impulso alla "competenza culturale".

Segue una rassegna sulla definizione di competenza culturale guardando agli approcci e alle sue dimensioni e operazionalizzazioni a livello clinico, organizzativo e di sistema.

Nell'ultima parte sono trattate le ricerche che hanno approfondito i fattori collegati all'implementazione della CC nei servizi sanitari, attraverso gli studi sull'efficacia e la letteratura che ha approfondito il ruolo del commitment organizzativo e delle pratiche partecipative per lo sviluppo di servizi sanitari sensibili alle differenze.

1.2 Migrazione, diversità e salute: la sfida dell'equità per i servizi sanitari

Garantire un trattamento equo per tutti i pazienti nei processi di cura e nella progettazione dei servizi è un obiettivo centrale dei nostri sistemi di cura espresso nelle politiche sanitarie nazionali e internazionali (OMS, 2009). Alcuni gruppi di popolazione, fra cui le persone di origine immigrata, mostrano maggiori vulnerabilità nell'accesso ai servizi e nello stato di salute.

L'equità nell'assistenza è il principio per il quale la qualità delle cure non dovrebbe variare in base alle caratteristiche dei pazienti (es. l'etnicità) (Betancourt *et al.*, 2014). Sempre più spesso, inoltre, in letteratura si differenzia il concetto di uguaglianza (*equality*) da quello dell'equità (*equity*) che si ancora alla teoria dei determinanti sociali della salute. Mentre l'uguaglianza prevede che ognuno ottenga lo stesso trattamento, l'equità si concentra sulla rimozione delle differenze evitabili per assicurare salute: "*Health equity focuses on ensuring and treating those who require care in ways that are appropriate to what they need to enjoy full, healthy lives. It aims to remove unjust and unnecessary differences, requiring us to consider the possibility of making different arrangements for resource allocation, or social institutions or policies*" (EQUIP Health Care, 2017 p. 2). Infatti, il concetto di disuguaglianze, espresso come *Health Inequity*, in lingua inglese differenziato da quello di *Health Inequality*, è usato per indicare una differenza sistematica nello stato di salute evitabile e ingiusta, della quale si conoscono le cause e di cui è possibile dimostrare la loro ingiustizia (OMS, 2010a). Le disuguaglianze sono il prodotto dell'ineguale distribuzione delle risorse o meccanismi diretti o indiretti di esclusione sociale, mentre "*Health Inequality*", sono differenze di salute riscontrabili fra i gruppi, dove non è presente una dimensione di ingiustizia.

La presenza di meccanismi di disuguaglianza comporta la necessità di riflettere su come l'organizzazione sanitaria può ridurre queste disuguaglianze o riprodurle se non addirittura crearne di nuove, e mettere a punto strategie e strumenti in grado di garantire che il principio di equità sia tutelato.

La salute di migranti e rifugiati è, per la sanità pubblica, un'importante questione di giustizia sociale e di benessere della comunità, soprattutto nel momento politico attuale in cui è a rischio di strumentalizzazioni. Lo hanno ribadito nel 2018 due pubblicazioni dell'UCL-Lancet Commission on Migration and Health e dell'OMS (Organizzazione mondiale della Sanità), che hanno raccolto evidenze sullo stato di salute di migranti e rifugiati e sull'azione dei determinanti sociali su di esso - sfatando alcuni miti consolidati ("portano malattie") e mettendo in evidenza la gravità di condizioni di alcuni gruppi - e che hanno proposto raccomandazioni con rilevanti implicazioni scientifiche e politiche (Abubakar *et al.*, 2018; OMS, 2018). Infatti, la pubblicazione dell'OMS - primo rapporto sullo stato di salute di migranti e rifugiati nella regione europea, in

collaborazione, tra gli altri, con l'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà (INMP) italiano - sottotitola “No public health without refugee and migrant health”, ovvero “Non può esistere una salute pubblica che non tenga conto della salute di rifugiati e migranti” (OMS, 2018).

Rispondere alla salute dei migranti si mostra come un'importante sfida per i servizi sanitari. La salute dei rifugiati e dei migranti è estremamente complessa, con rischi ed esposizioni associati rispettivamente al processo migratorio (pre-partenza, viaggio, arrivo) e ai determinanti sociali della salute nel paese ospitante, nonché ai profili differenziati dei diversi gruppi, per età, genere *etc* (Vedi Fig.1). Pur nella difficoltà di proporre delle generalizzazioni, sembra che i migranti godano di buona salute, e nel tempo, possano emergere disparità, disuguaglianze e rischi per la salute inerenti allo status dei migranti e al processo di migrazione. Discriminazione, disuguaglianze di genere ed esclusione dai servizi sanitari e sociali emergono ripetutamente come influenze sanitarie negative che richiedono risposte intersettoriali (Abubakar *et al.*, 2018).

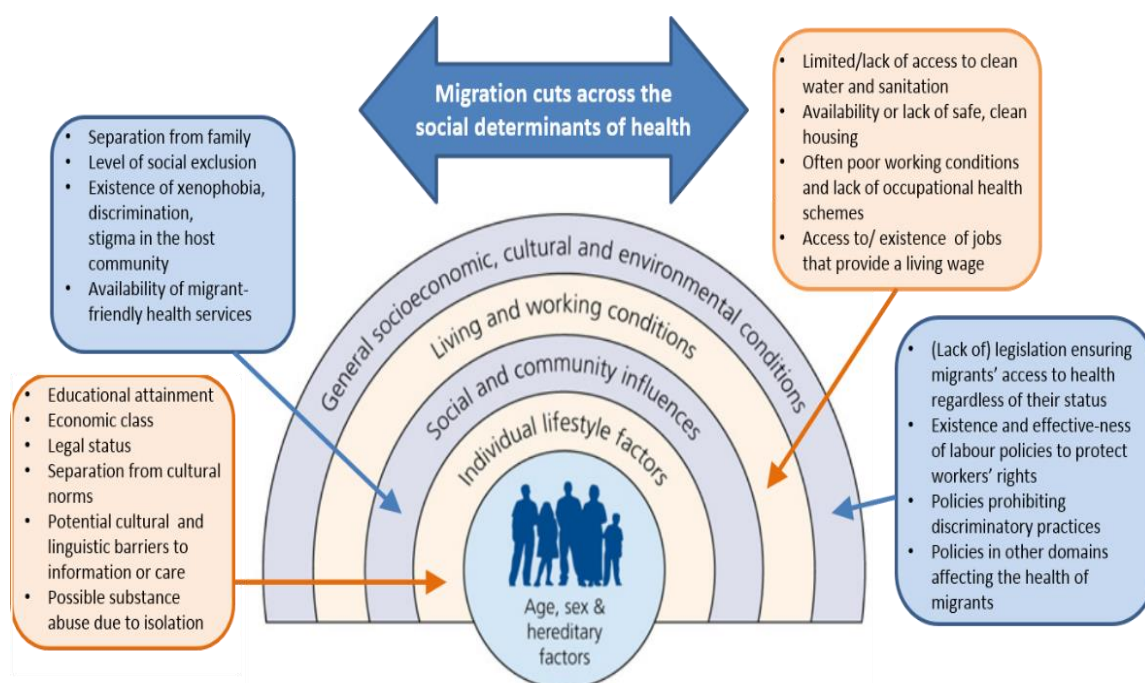


Fig. 1 – Determinanti sociali della salute collegati al background e al processo migratorio (OIM, 2015).

La migrazione stessa è riconosciuta come un determinante della salute e lo svantaggio socioeconomico, tradizionalmente definito come il fattore principale di tali disuguaglianze, appare come l'esito dei meccanismi di esclusione sociale subiti da migranti e appartenenti a minoranze etniche (Ingleby, 2012). Questi meccanismi hanno effetto anche sulla qualità dell'assistenza ricevuta (Williams e Mohammed, 2013) e la possibilità di ottenere un accesso equo a servizi di qualità è un importante fattore delle condizioni di salute: “*health care systems themselves can also be considered a social determinant of health, interacting with migrant status to perpetuate inequities in health care access*” (O'Donnel *et al.*, 2016 p. 496).

I migranti possono incontrare barriere che ostacolano i molteplici processi dell'accesso: *approachability* (possibilità dei clienti di essere a conoscenza dell'esistenza dei servizi), *acceptability* (il grado di accettabilità del servizio rispetto a fattori culturali e sociali); *availability and accommodation* (possibilità di raggiungere il servizio fisicamente e tempestivamente); *affordability* (riflette la capacità economica delle persone di spendere risorse e tempo per utilizzare il servizio); *appropriateness* (fit tra i bisogni del paziente e il servizio erogato) (Levesque *et al.*, 2013). Le disuguaglianze sanitarie sono interpretabili come differenze nell'accesso e nella qualità delle cure, che sono strettamente interdipendenti e il frutto dell'interazioni di più fattori che interessano il livello clinico di interazione medico-paziente, organizzativo, ma anche sociale. Si riferiscono nel primo caso a processi e barriere che interessano, sia l'accesso in quanto diritto formale all'assistenza sanitaria, che l'accessibilità intesa come "la facilità con la quale le persone possono utilizzare i servizi quando ne hanno bisogno". Nel secondo caso si riferiscono a barriere che interessano la qualità che può essere definita come "il grado in cui i servizi sanitari accrescono la probabilità di produrre esiti di salute desiderati e coerenti con la conoscenza professionale", secondo sei principi che riguardano la sicurezza delle cure, l'efficienza, l'efficacia, la centralità del paziente, la tempestività, e l'equità (IOM, 2001).

La letteratura mostra che l'incontro con i servizi può essere ostacolato da barriere di tipo formale, cioè ostacoli legali e normativi che regolamentano l'accesso alle cure, fra cui i costi sanitari, e informale, che agiscono a più livelli, causando difficoltà non solo nell'accesso, ma anche nell'utilizzo appropriato dei servizi e nei processi clinici riguardanti diagnosi e trattamento (Nørredam e Krasnik, 2011).

Per quanto riguarda le cosiddette barriere informali, esse sono definite come il prodotto di fattori di natura diversa, quali le differenze linguistico-culturali, i livelli di health literacy (ossia le competenze cognitive e sociali che determinano l'abilità di utilizzare i servizi e promuovere la salute), le modalità organizzative del servizio e gli atteggiamenti di medici e operatori nei confronti della diversità, fra i quali si registrano la presenza di pratiche volontarie o involontarie discriminatorie (Nelson, Stith e Smedley, 2002).

Per esempio, le differenze linguistiche e socio-culturali, implicate nelle credenze sulla salute, nell'interpretazione dei sintomi e nei comportamenti "di ricerca di aiuto" portano a maggiori incomprensioni tra operatore e paziente, con un impatto in termini di sicurezza e qualità dell'assistenza, influenzando inoltre la relazione clinica e la compliance. La fiducia è una condizione basilare del rapporto fra utenza e servizio e il peso della discriminazione reale o percepita, il timore di non ricevere cure appropriate, la paura di essere denunciati nel caso degli irregolari, può allontanare dal ricorso alle cure nel momento del bisogno.

Fra le barriere organizzative si possono includere barriere geografiche, finanziarie, burocratiche-amministrative (OMS, 2010a). Il costo delle spese sanitarie è un fattore frenante considerevole per i molti migranti che si trovano più frequentemente in situazioni di svantaggio socio-economico (OMS, 2010a). Inoltre, soprattutto per gli stranieri neoarrivati o irregolari, la complessità della burocrazia in materia di diritto alla salute, può limitare fortemente l'accesso. La recente analisi sistematica di Brandenberger e colleghi (2019) sulle barriere d'accesso incontrate da migranti e richiedenti asilo riconduce le difficoltà a tre dimensioni che comprendono quelle appena viste, ma sottolineando maggiormente il tema della continuità dell'assistenza. Le maggiori barriere percepite dai migranti e dal personale sanitario interessano la comunicazione, la continuità delle cure e la fiducia, a cui si aggiungono barriere culturali, geografiche, finanziarie e legali che dipendono in larga misura delle politiche locali e nazionali. In particolare, la continuità

delle cure è influenzata dalla health literacy, dall'accessibilità dei servizi (es. barriere geografiche), e dalla presenza di collaborazioni interorganizzative che assicurano il passaggio di informazioni utili per garantire l'assistenza.

Gli indirizzi politici che a partire del 2008 hanno posto centralità alla questione della salute dei migranti (si vedano le risoluzioni WHA61.17 del 2008 e WHA70.15, del 2017, redatte dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e il *Global Consultation on Migrant Health*, organizzato da OMS e da Organizzazione Mondiale della Migrazioni (OIM) - nel 2010 e nel 2017) raccomandano pertanto di sviluppare servizi basati sull'equità nell'accesso, migrant-sensitive culturalmente competenti e centrati sul paziente.

I servizi sanitari dovrebbero cioè sviluppare risposte specifiche per rispondere ai bisogni dei migranti (es. accessibilità al servizio di interpretariato, mediazione culturale, formazione del personale, raccolta di dati sui bisogni sanitari, pratiche di collaborazione con la comunità), soprattutto per i gruppi più vulnerabili come donne in gravidanza, anziani, persone con disabilità e vittime di torture e affrontare come priorità i problemi di salute sessuale e riproduttiva, la violenza di genere e la salute mentale (OMS, 2018).

Si rintracciano negli orientamenti politici tre principi d'intervento di base per ridurre disuguaglianze nell'accesso e nella qualità delle cure (OMS, 2010a): l'approccio organizzativo (*whole organizational approach*), l'approccio di sistema (*health system approach*), e l'approccio partecipativo. Seguendo questi orientamenti quindi, si propone di agire sull'organizzazione dei sistemi sanitari verso modalità organizzative capaci di tener conto della diversità e non solo sulla formazione del personale, di sviluppare azioni intersettoriali per agire sui determinanti della salute e processi partecipativi di coinvolgimento di migranti e delle comunità come risorsa per la salute e l'inclusione sociale, per la progettazione dei servizi e la comprensione dei bisogni di salute.

Per sviluppare interventi specifici in relazione a tali bisogni, è utilizzato il costrutto di competenza culturale, che analizziamo ora, tramite una rassegna della letteratura rilevante.

1.3 La competenza culturale e sensibilità alle differenze: complessità della definizione

Sviluppare servizi sensibili alla diversità e ai bisogni delle persone con un background migratorio richiede interventi a livello individuale, organizzativo e di sistema. Coinvolge l'azione di governi nazionali e regionali, le organizzazioni sanitarie e i professionisti socio-sanitari e molteplici stakeholder (Mladovsky, Ingleby e Rechel, 2012; Mock-Muñoz de Luna *et al.*, 2015).

A livello di sistema sviluppare servizi "migrant-sensitive" riguarda la promozione di misure nelle politiche sanitarie che tutelino la salute per gruppi vulnerabili, tra le quali politiche che garantiscono l'accesso in termini formali ai servizi sanitari.

A livello organizzativo e professionale, come sopra anticipato, il modello di buone prassi proposto per l'adattamento alla diversità è il servizio culturalmente competente. Il concetto di competenza culturale (CC) si diffonde negli anni Novanta negli USA per rispondere alle sfide delle disuguaglianze sanitarie, ed è usato quale standard nazionale - obbligatorio per quelle organizzazioni che ricevono fondi federali - nei Culturally and Linguistically Appropriate Services (CLAS) dell'Office of Minority Health (OMH, 2001, 2013). Il modello della competenza culturale in Europa, più diffuso come "strategie interculturali," è ispiratore delle iniziative europee nei primi anni duemila, e la Dichiarazione di Amsterdam del 2004, come esito del progetto "Migrant-Friendly", raccoglie raccomandazione per lo sviluppo dei servizi in risposta alla diversità etnoculturale. Più recentemente nel campo della salute mentale sono state pubblicate

dall'European Psychiatric Association le linee-guida per la formazione culturalmente competente, che testimoniano la continua espansione del modello (Schouler-Ocak, Graef-Calliess, Tarricone *et al.*, 2015).

La competenza culturale, intesa inizialmente come capacità del professionista di rispondere alla diversità culturale dei pazienti, in particolare i nuovi migranti i cosiddetti “*non-English-speaking*”, si evolve come un approccio di sistema che assicura che le diverse e complesse dinamiche della cultura, della lingua, del potere siano effettivamente affrontate in tutti gli aspetti dei sistemi sanitari (Goode e Like, 2012). In questo senso, nella letteratura nordamericana un'importante diffusione del costrutto si evidenzia sotto l'impulso del report *Unequal Treatment* pubblicato dall'Institute of Medicine (IOM) nel 2002, che testimonia in modo sistematico la presenza di disuguaglianze sanitarie fra i diversi gruppi etnici e razziali² (Goode *et al.*, 2006).

Non esiste un'unica definizione ampiamente riconosciuta, ma fra le più citate c'è quella di Cross e colleghi (1989): “*La competenza culturale è un insieme di comportamenti, atteggiamenti e politiche che diventano patrimonio comune di un sistema, di un'agenzia o fra i professionisti e che mette in grado quel sistema, quell'agenzia o quei professionisti di lavorare efficacemente in un contesto interculturale*” (p. 13).

Essa pone al centro due aspetti, poi ripresi e rivisitati nelle definizioni successive: l'estensione della CC a tutti i livelli dell'organizzazione sanitaria (professionale e organizzativo) e il focus sulla cultura quale barriera all'equità delle cure.

La CC risulta come un costrutto multilivello che quando riferita alle competenze professionali è generalmente intesa come un processo continuo di sviluppo di consapevolezza della diversità, di conoscenze culturali e di competenze e capacità comunicative (Alizadeh e Chavaz, 2016). Henderson e colleghi (2018), più recentemente definiscono, così, il costrutto: “*Cultural competence is using one's understanding to respect and tailor healthcare that is equitable and ethical after becoming aware of oneself and others in a diverse cultural encounter. Cultural competence occurs when one is sensitive and embraces openness, has a desire to want to know other cultures, and actively seeks cultural knowledge*” (p. 599).

Quando riferita alle competenze organizzative si definisce come lo sforzo di integrare a tutti i livelli dell'organizzazione pratiche per favorire l'accesso e la qualità delle cure tramite misure di commitment organizzativo (politiche sanitarie, la leadership e misure di performance); la produzione di evidenze empiriche sulle disuguaglianze e sui bisogni sanitari; la presenza di personale competente e di diversa origine; la garanzia dell'accesso, sia formale che attraverso il miglioramento dell'accessibilità (geografica, orari dei servizi, ecc.); la qualità delle cure mediante la partecipazione del paziente e il superamento della barriera linguistica; la partecipazione della comunità e dei pazienti; la condivisione delle esperienze per diffondere l'impegno sociale e l'investimento sulle politiche organizzative e l'apprendimento condiviso fra servizi (Seeleman *et al.*, 2015). Essa è collegata alla capacità di promuovere equità e si definisce come una capacità continua del sistema sanitario, dell'organizzazione e del personale sanitario di erogare alle popolazioni di pazienti “diverse” servizi di alta qualità, che siano centrati sul paziente e la famiglia ed equi (NQF - National Quality Forum, 2009).

La CC ha avuto un'espansione internazionale e in diversi ambiti della salute, dalle scienze infermieristiche, alla medicina, alla salute mentale disegnando un campo quanto mai “*eclectic*,”

² È importante notare che la letteratura americana sull'argomento si riferisce al problema delle disuguaglianze sanitarie in relazione a “razza ed etnicità”, piuttosto che allo status di migrante, come invece accade in Europa. Qui inoltre l'uso delle categorie “etnico” è visto con considerevole ambivalenza (Mock-Muñoz de Luna *et al.*, (2015).

dynamic and unstandardized” (Vega 2005, p. 448). La competenza culturale viene considerata, quindi, un termine ombrello per indicare pratiche e modelli che hanno lo scopo di garantire equità per i diversi gruppi (Weech-Maldonado, 2009). Nonostante i numerosi framework alcuni autori notano come la CC resti vagamente definita, non chiaramente operazionalizzabile, anzi l’uso “interscambiabile” delle etichette, genera confusione e rende più difficile sia l’implementazione nei servizi per gli operatori che la ricerca valutativa (Napier *et al.*, 2015; Troung *et al.*, 2014).

Infatti, numerosi sono i costrutti annessi proposti in diversi contesti geografici, fra cui: *Cultural Humility* negli USA (Tervalon e Murray-Garcia, 1998), *Cultural Safety* nel contesto Neozelandese (Papps e Ramsden, 1996) e più recentemente utilizzata come quadro di riferimento nell’ambito della salute mentale in Canada; in Europa *Competenza transculturale* (Domening, 2007) e *Sensibilità alle differenze* (Renschler e Cattacin, 2007; Chiarenza, 2018). Essi riflettono il contesto storico e politico in cui sono state sviluppate e fra di loro condividono aspetti di somiglianza e differenza.

Quanto alle differenze fra le definizioni, secondo Jirwe *et al.*, (2009) i framework americani darebbero meno enfasi al razzismo rispetto a quelli neozelandesi, concentrandosi sulla differenza culturale; inoltre quelli americani sarebbero pensati per un contesto multietnico, mentre i secondi per un contesto biculturale. Quelli europei, invece risponderebbe alle caratteristiche di una migrazione molto eterogenea. Tuttavia, alcuni autori tendono a sottolineare, come molte delle differenze evidenziate siano di natura lessicale e che per esempio l’enfasi degli approcci non-europei sulla cultura nasca dall’inclusione di fattori come le differenze socio-economiche e di status legale (Seeleman *et al.*, 2015).

Come appena accennato uno dei punti più dibattuti rintracciato in letteratura, di cui i diversi costrutti ne sono esempio, è il riferimento alla dimensione culturale come focus per ridurre le disuguaglianze sanitarie. La CC è stata criticata per mancanza di chiarezza concettuale sull’uso del termine cultura (Thackrah e Thompson, 2013). In un certo senso rimane controverso nelle definizioni e operazionalizzazioni di CC il riferimento ad una concezione statica di cultura rispetto ad una dinamica, come di seguito descritto. Il modo di concettualizzare la cultura è cambiato nel tempo influenzando il modo di intendere la CC, come evidenzia Carpenter-Song (2007) che differenzia fra due approcci: 1) *behaviour-based* (detto anche *trait-based*) in cui la cultura è intesa in modo “statico” come un insieme coerente di azioni e costumi e 2) *meaning-centred approach* (detto anche *process-oriented approach*) in cui la cultura è intesa come un processo dinamico di condivisione di significati che emerge dall’interazione fra le persone. Inoltre, sebbene la dimensione culturale sia parte centrale della pratica clinica poiché i concetti di salute e malattia vengono a costruirsi intersoggettivamente nello scambio simbolico³ definendo pratiche mediche e di salute (Scheper-Hughes e Lock, 1987), il concetto di cultura come concetto analitico è stato in modo crescente messo in discussione nelle scienze sociali. Ultimamente alcuni autori parlano di “*Shattering Culture*”, poiché l’utilità delle categorie di cultura e differenze culturali è messa in crisi dalla crescente “*hyperdiversity*” che caratterizza l’utenza. In quest’ottica “*determinare*

³ Culture is not a single variable but rather comprises multiple variables, affecting all aspects of experience. Culture is inseparable from economic, political, religious, psychological, and biological conditions. Culture is a process through which ordinary activities and conditions take on an emotional tone and a moral meaning for participants. Cultural processes include the embodiment of meaning in psychophysiological reactions, the development of interpersonal attachments, the serious performance of religious practices, common-sense interpretations, and the cultivation of collective and individual identity. Cultural processes frequently differ within the same ethnic or social group because of differences in age cohort, gender, political association, class, religion, ethnicity, and even personality (Kleinman & Benson, 2006 p.1674).

quando è appropriato fare riferimento a caratteristiche culturali basate sull'appartenenza etnica è diventato una delle sfide chiave a cui è chiamata la medicina attualmente" (DeVecchio Good e Hannah, 2015, p. 208).

Il ripensamento della definizione di CC ha interessato in gran parte l'idea stessa di cultura, fino alla sua messa in discussione, dando vita a riflessioni che toccano il cuore del costrutto: *"Shouldn't we move beyond the ideas that culture is the most important issue in providing accessible and appropriate healthcare? Shouldn't we develop an integrated approach to different kind of social disadvantage and exclusion?"* (Ingleby, 2014). Sempre più diffuso, in questa direzione, appare il concetto di intersezionalità (Pottie *et al.*, 2017; Ingleby *et al.*, 2019; Hankivsky, 2014).

Nei paragrafi successivi vengono analizzati i diversi approcci alla CC identificati in letteratura che mettono in luce gli aspetti chiave del dibattito sulle diverse concettualizzazioni di cultura e diversità. Dapprima, è presentato l'approccio cosiddetto categoriale della CC e le ridefinizioni del costrutto di competenza culturale guardando ai più recenti sviluppi. Successivamente, in un paragrafo specifico, sono approfondite le proposte alternative Cultural Humility, Cultural Safety, Diversity Responsiveness.

Come sarà approfondito, gli approcci e le definizioni esaminate differiscono per: a) l'enfasi sulla dimensione linguistica culturale e una visione reificata di cultura alla base dell'approccio b) una visione processuale di cultura che riconosce l'unicità dei bisogni dei pazienti e si orienta verso i principi della centratura sulla persona c) l'enfasi sulle differenze di potere e l'azione dei determinanti sociali d) il target a cui la CC si indirizza (focus sui gruppi etnici e migranti vs tutte le diversità).

Gli approcci di CC definiscono le pratiche professionali e le strategie organizzative tuttavia, seguendo la letteratura, le differenze saranno trattate guardando prevalentemente le "competenze professionali".

1.3.1 Lo sviluppo della competenza culturale: l'approccio categoriale e i suoi limiti

Relativamente alla letteratura statunitense, si può rintracciare un approccio definito categoriale o "group-based" che si esprime sia nei modelli formativi per i professionisti che nelle strategie d'intervento organizzativo, messo in discussione dall'evoluzioni del costrutto, ma ancora prevalentemente praticato (Good, Willen, Hannah, Vickery, & Park, 2011). Per esempio, due studi recenti, uno condotto negli USA l'altro negli UK, mostrano il riferimento a tale prospettiva da parte di manager di alcuni servizi sanitari (Aggarwal *et al.*, 2016; Adamson *et al.*, 2011).

Secondo questo approccio la competenza culturale del professionista si identifica con lo sviluppo di conoscenze sulle differenti credenze culturali relative alla salute dei diversi gruppi. In questo senso si definisce come approccio categoriale alla CC poiché fa riferimento a tratti culturali associati ai gruppi etnici o razziali rilevanti nella clinica a cui operatori e servizio devono essere in grado di rispondere. Infatti, posti di fronte alla sfida di garantire l'equità nell'assistenza, i servizi hanno puntato la loro attenzione sulla cosiddetta barriera culturale, legata alle differenze fra medico-paziente e istituzione, sulle credenze e i comportamenti di salute, relative a quello che in antropologia medica è stato definito "modello esplicativo", cioè l'insieme di credenze sulla natura delle malattie, sulle sue cause e sulle cure (Kleinman, 1978).

Secondo l'approccio così definito, lo sviluppo di programmi di formazioni per gli operatori sanitari ha come fine ultimo quello di ridurre la *distanza culturale* fra paziente e medico, creando

medici culturalmente competenti, cioè formati alle differenze culturali di quei gruppi, le cui credenze sono diverse dai modelli biomedici, più precisamente i pazienti con una bassa capacità linguistica e con una limitata esposizione alla cultura occidentale (Saha *et al.* 2008). La CC è tradotta nella pratica come una serie di conoscenze delle differenti culture (ecco perché categoriale) e una specie di lista di cose da fare o da non fare con i pazienti di un determinato background culturale o etnico-razziale (es. “gli asiatici”). In accordo a tale logica la competenza culturale e la riduzione della barriera linguistica-culturale, può essere raggiunta a livello organizzativo, ad esempio, attraverso il “matching”, ovvero la “corrispondenza” etnica fra paziente e operatore.

Tale approccio ha suscitato in letteratura aspre controversie, e ancora adesso il termine competenza culturale muove numerose critiche soprattutto per la mancanza di chiarezza concettuale collegata alla cultura e il riferimento a target come a grandi gruppi “etno-razziali”. Sono state messe sotto accusa soprattutto l’idea statica di cultura alla base delle definizioni e l’equivalenza fra cultura, identità etnica e razza, che generano stereotipi e pratiche mediche non contestualizzate e fondate sull’idea di gruppi omogenei (Kumas-Tan *et al.*, 2007). Come rilevato da Kyrnayer (2012), il modo in cui viene definita la CC rispecchia le caratteristiche del contesto storico-culturale americano, dove la diversità è collegata maggiormente ai “blocchi etnorazziali”, usati nel censimento nazionale che tengono insieme lingua, origine etnica, razza. Alcuni autori hanno, quindi, sollevato dubbi sulla possibilità di “esportare” l’approccio in altri contesti, dove i profili sociali, demografici e culturali sono differenti (Chiarenza, 2012).

C’è inoltre chi ha evidenziato le implicazioni politiche di tale formulazione, come il rischio che il suo utilizzo conduca ad una sopravvalutazione del fattore culturale, a discapito dell’analisi dei processi sociali e politici alla base delle disuguaglianze e dei comportamenti di salute (Napier *et al.*, 2014; Kleinman e Benson, 2006) e a forme di stigmatizzazione che esimono chi si avvale di tale prospettiva a considerare la propria implicazione nella costruzione della differenza (Fassin, 2000). L’enfasi posta sulla cultura dell’Altro conduce ad approcci paternalistici e ad un inadeguato riconoscimento del ruolo della cultura medica nel rispondere alle disuguaglianze sanitarie. Anche sul versante più pratico, tale prospettiva sembra fallimentare, poiché con il crescere dei flussi immigratori, diventa impossibile conoscere tutte le credenze sulla salute che si differenziano dal modello biomedico (Chiarenza, 2012).

1.3.2 Ridefinizione della competenza culturale: la centralità dell’approccio centrato sulla persona e il riconoscimento dei fattori sociali

Le riformulazioni della definizione di competenza culturale si sono sviluppate per riconoscere l’importanza delle dimensioni individuali e soggettive e delle dimensioni sociali e politiche nell’uso dei servizi.

In alternativa alla definizione di CC categoriale, si è diffuso un approccio che enfatizza un concetto dinamico di cultura, l’unicità dei bisogni di salute di ogni paziente e l’azione dei determinanti sociali sulla salute. Prevede come fondamento la comprensione della propria cultura da parte dei professionisti e della sua influenza nell’incontro clinico e nell’erogazione delle cure. La competenza culturale viene concepita come un bilanciamento fra l’acquisizione di conoscenza di specifici gruppi culturali incontrati nella pratica clinica e lo sviluppo di atteggiamenti e

competenze che seguono i principi dell'approccio centrato sul paziente⁴ (Betancourt *et al.*, 2014).

L'attenzione all'individualità e soggettività del paziente che caratterizza le successive definizioni di competenza culturale, fanno sì che il concetto si sovrapponga sempre più a quello di approccio centrato sul paziente, tanto che c'è chi riconosce in quest'ultimo, il cuore della competenza culturale (Carrillo, Green e Betancourt, 1999). Diventare culturalmente competenti, allora non può prescindere dallo sviluppare rispetto verso il paziente come individuo unico, impegnarsi nel coinvolgerlo nel processo di cura e uso dei servizi. La competenza del clinico, perciò, è relativa alla capacità di evocare e far emergere i significati soggettivi collegati alla malattia, riferendosi ad un modello bio-psico-sociale della salute e di accettare e negoziare le possibili differenze. In questo senso diventa strategico il riferimento all'esplorazione del modello esplicativo (vedi box 1). Fra gli elementi fondamentali che permettono di sviluppare la competenza culturale c'è la capacità di valutare e apprezzare la diversità, avere la capacità di valutare l'influenza della cultura sul proprio modo di agire, essere coscienti delle dinamiche che si presentano nella situazione interculturale (Goode *et al.*, 2007).

Per evidenziare l'interrelazione fra i fattori culturali e sociali, dal concetto di barriera culturale si passa all'adozione di quello di barriera socioculturale, per cui il contesto sociale diventa una componente fondamentale del costrutto (Betancourt *et al.*, 2003 p. 297):

“la comprensione dell'importanza delle influenze sociali e culturali sulle credenze di salute dei pazienti e sui comportamenti; la valutazione di come questi fattori agiscono a più livelli del sistema di erogazioni dei servizi sanitari (ad esempio, a livello di struttura, dei processi di cura e del processo decisionale clinico) e, infine, l'elaborazione di interventi che prendono in considerazione questi problemi per garantire la salute e la qualità dell'assistenza di diverse popolazioni di pazienti”

La competenza culturale, quindi, evolve come un approccio di sistema che assicura che le diverse e complesse dinamiche della cultura, della lingua, del potere siano effettivamente affrontate in tutti gli aspetti dei sistemi sanitari per garantire servizi equi (Goode e Like, 2012). Dal punto di vista formativo, per esempio, trovano spazio il ruolo della discriminazione, la fiducia nella relazione medico-paziente e nella relazione con le istituzioni; l'importanza dei fattori sociali e la riflessione su atteggiamenti razziali e stereotipi nel contesto sanitario (Saha *et al.*, 2008).

Un'ultima evoluzione riguarda l'“allargamento” dei target a cui la CC si rivolge. Nella versione aggiornata dei CLAS (Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services) (OHM, 2013), il concetto di cultura è stato ancora esteso ai gruppi e persone con identità culturali diverse (relative a condizioni socioeconomiche, geografiche, religiose, spirituali, orientamento sessuali e a disabilità) e con specifiche esigenze nell'accedere e utilizzare l'assistenza sanitaria.

Tuttavia, nonostante una maggior attenzione all'influenza dei fattori sociali, alcuni hanno fatto notare che affrontare le questioni sociali sotto l'etichetta di “competenza culturale” possa occultare i fenomeni discriminatori e di razzismo (Saha *et al.*, 2008).

⁴ Il termine venne coniato da Balint nel 1969 per indicare un approccio che ha come punto d'origine la necessità “di comprendere ogni paziente come un essere umano unico”. Nel tempo gli obiettivi dell'approccio si sono evoluti fino a diventare un costrutto organizzativo, ma il principio base resta quello di “vedere attraverso gli occhi del paziente”(Saha *et al.*, 2008).

BOX 1. Intervista basata sul modello esplicativo

1. Come chiami questo problema?
2. Quale pensi ne sia la causa?
3. Che decorso ti aspetti che abbia?
4. Che effetti pensi abbia sul tuo corpo questo problema?
5. Come questo problema influisce sul tuo corpo e mentalmente?
6. Cosa ti spaventa di più rispetto alla tua condizione?
7. Cosa ti spaventa di più del trattamento?

Fonte: Kleinamn & Benson (2006)

1.3.3 Oltre la competenza culturale: metafore e proposte alternative

Come risposta all'esigenza di una sua più profonda rivisitazione e messa in discussione degli assunti alla base della competenza culturale, alcune definizioni sono state proposte in alternativa al costrutto di competenza culturale. Tuttavia, l'analisi della letteratura mostra come permangono sovrapposizioni fra i concetti, i quali sempre più spesso vengono utilizzati contemporaneamente e non in antitesi (Fung *et al.*, 2012).

Già verso la fine degli anni '90 sono proposti i concetti di *Cultural Humility* (Tervalon e Murray-García, 1998) e *Cultural Safety* nel contesto Neozelandese (Papps e Ramsden, 1996). Entrambi, pur nelle loro specificità pongono enfasi sulla decostruzione dei rapporti asimmetrici fra servizi e gruppi minoritari, criticando l'approccio paternalistico presente nella CC e una visione di cultura come reificata. Più recentemente si sta diffondendo un approccio di sensibilità alla diversità che sposta il focus dalla dimensione culturale quale fattore di disuguaglianza alla molteplicità delle differenze, ponendo al centro il tema dell'equità in relazione ai determinanti sociali e allargando la CC a tutti i gruppi a rischio di discriminazione. In letteratura riscontriamo, infatti, la proposta di nuovi concetti quali la "*sensibilità alle differenze*", "*diversity responsiveness*", o "*equity-oriented health services*" (Browne *et al.*, 2016).

La Cultural Humility, intesa come qualità dell'organizzazione e della pratica professionale è così definita:

"un impegno continuo attivo, in un processo permanente in cui le persone entrano in contatto con il paziente, le comunità, i colleghi e se stessi. È necessario percepirsi come individui impegnati nell'autoriflessione e nell'autocritica e come professionisti riflessivi; richiede umiltà per valutare le asimmetrie di potere fra medico e paziente, usando uno stile di intervista partecipativo" (Tervalon e Murray-García, 1998 p. 117).

Scegliendo il termine umiltà, in contrapposizione a quello di competenza, gli autori sembrano suggerire la necessità di decostruzione dell'expertise quale parte centrale del ruolo sanitario, evidenziando la necessità di pratiche riflessive, la consapevolezza dei propri limiti e dei comportamenti discriminatori consapevoli e inconsapevoli. Riconoscendo il carattere costruttivo della dimensione culturale, il focus si sposta sulla relazione con il paziente, come spazio di costruzione di significati per sviluppare pratiche e processi di cura.

La capacità di riflettere sulle proprie pratiche professionali è necessaria a mantenere un atteggiamento flessibile nelle situazioni cliniche *“che potranno essere più efficacemente affrontate se il medico è in grado di accettare il dubbio e abbandonare il falso senso di sicurezza che deriva dall'apprendere delle conoscenze impacchettate sulle appartenenze culturali del paziente”* (ibidem, p. 118).

La Cultural Safety (Papps e Ramsden, 1996) è nata nella formazione infermieristica neozelandese, si radica nel paradigma critico e, diversamente delle altre proposte, si indirizza inizialmente alla riduzione delle disuguaglianze sanitarie per le persone di origini aborigene, ed è quindi strettamente legata alla storia di colonizzazione e violenza che ha segnato storicamente le relazioni fra “maggioranza bianca” e popoli indigeni. Pone al centro la questione del potere, della discriminazione e della violenza, e propone una decostruzione del rapporto asimmetrico nella relazione clinica e un'analisi dei fattori storici e politici che lo influenzano. In modo simile al costrutto di umiltà culturale, invece di competenza, propone di sviluppare - attraverso pratiche riflessive, rispetto, ed empatia - un ambiente sicuro, non discriminante per il paziente fondato sulla fiducia, che permetta la condivisione dei saperi e delle conoscenze. Altro punto di riferimento dell'approccio è una visione ampia di cultura, non legata unicamente alla dimensione etnica, ma relativa anche a età, classe, sesso, orientamento sessuale. Nello specifico, nella sua evoluzione, la Cultural Safety è estesa a tutti i gruppi che possano suscitare trattamenti negativi da parte degli operatori e delle istituzioni.

Tale riformulazione del concetto di diversità si ritrova anche nell'approccio *diversity sensitive*. In particolare, nel 2013 è stato riproposto l'approccio della Sensibilità alle differenze (Cattacin, Chiarenza, e Domenig, 2013, Chiarenza, 2018), che si fonda sul concetto di intersezionalità elaborato da Crenshaw (1991) nel campo degli studi di genere, il quale sta attirando sempre maggior attenzione anche nelle politiche sanitarie a favore dell'equità (Muntinga *et al.*, 2016; Hankivsky, 2014, Anthias, 2013). Esso, in particolare informa il framework proposto dal Task Force HPH Migration, Equity and Diversity che ha formulato gli “Standards for Equity” (Chiarenza *et al.*, 2014).

Secondo tale proposta la differenziazione della migrazione europea e delle società attuali caratterizzate da una “superdiversità” (Vetrovec, 2007), basata sull'origine, ma anche sullo status e livelli di inclusione sociale, richiede una revisione dei modi in cui la differenza è concettualizzata, spingendo a guardare alla molteplicità dei fattori che causano discriminazione e che creano esclusione sociale, fra i quali la dimensione culturale è una delle componenti del processo. Tale prospettiva oltrepassa la mera centratura sulla diversità culturale e considera, basandosi sul concetto di intersezionalità, l'effetto simultaneo e reciproco delle categorie costruite socialmente di identità, differenza, e svantaggio, per un'individualizzazione dell'assistenza. Le disuguaglianze e i bisogni di salute sono visti come il frutto dell'intersezione tra età, genere, classe sociale e ambiente di vita. Secondo una prospettiva critica, lo sguardo è rivolto alle dimensioni del potere legate al genere, la razza, la classe e al loro ruolo nella generazione delle disuguaglianze, oltrepassando un modello della cultura come tratto individuale e variabile indipendente delle differenze di salute. Chiarenza (2018) p.123, infatti, approfondisce:

“la stessa idea di diversità, un tempo associata alle caratteristiche di un numero limitato di comunità etniche, risulta essere fortemente mutata dalla necessità di considerare non solo la diversità culturale, linguistica e religiosa, ma anche una serie di altre caratteristiche individuali e posizioni sociali che influenzano i processi di integrazione o esclusione sociale, come l'esperienza migratoria, lo status di migrante, il diritto di accesso ai servizi, la durata di

permanenza nel paese d'arrivo, la condizione di vita, il genere e l'età. Ne consegue che il tradizionale approccio multiculturale adottato da molte politiche sanitarie nazionali sembra non essere in grado di assicurare equità di accesso e di trattamento ai gruppi più vulnerabili, come gli immigrati irregolari, i richiedenti asilo e i rifugiati né sembra in grado di rispondere alla 'multi-diversità', dato che i bisogni individuali non sono espressi dalla sola diversità etno-culturale, ma dall'intersezione di più differenze"

Si sviluppa come approccio generale alla diversità che si indirizza a tutti i gruppi vulnerabili, a rischio di discriminazione (per disabilità, orientamento sessuale, etnicità) invece che ai soli gruppi etnici e razziali. In questo modo il tema della discriminazione è parte centrale del costrutto. Si traduce in termini operativi in una personalizzazione dell'assistenza (secondo i principi di centratura sulla persona) e una valutazione caso per caso dei bisogni delle persone *"a prescindere dal tipo di caratteristiche sociali e culturali che le contraddistinguono"* (Cattacin et al., 2013)

Facendo propri i concetti proposti dalle metafore della *cultural humility* e della *cultural safety* propone a livello clinico lo sviluppo di autoriflessione e autocritica – piuttosto che di *cross-cultural skill*- al fine di affrontare e comprendere le molte diversità che caratterizzano l'individuo (Chiarenza, 2018).

Queste proposte mettendo al centro il concetto di partecipazione, discriminazione, determinanti sociali della salute favoriscono una ridefinizione della CC che limita gli aspetti controversi riscontrati in letteratura. Tuttavia, il dibattito su come sia meglio concepire la CC e se sia più utile utilizzare nuovi concetti, sembra ancora aperto, sia perché alcune differenze fra gli approcci non appaiono di natura sostanziale ma più lessicale, sia perché si sono evidenziati alcuni limiti anche nelle proposte alternative.

Danso (2018) nella sua review su competenza culturale e cultural humility, conclude che molte delle critiche rivolte alla CC sono riferite ad una "ristretta" definizione della CC che non tiene conto delle sue evoluzioni. L'autore riscontra una mancanza di chiarezza nel concetto di "umiltà" in termini di pratica professionale e, nei "framework" proposti, un focus maggior sul livello micro e organizzativo, che rischia di non considerare l'azione fattori sociali e strutturali. Poiché la CC già fa proprie le dimensioni enfatizzate della cultural humility di autoriflessione e consapevolezza, non sembra utile distinguere i due concetti, piuttosto appare più utile rivedere il concetto di diversità attraverso la lente dell'intersezionalità.

Anche il concetto di cultural safety ha ricevuto alcune critiche, sia per la sua ambiguità concettuale, che, potremmo dire in modo opposta alla cultural humility, per la sua lettura ristretta sui determinanti sociali della salute (Kyrnayer, 2012). La cultura e la diversità sembrano essere trattate in termini di vulnerabilità piuttosto che di punti di forza. Rinforzando l'idea dell'"altro" come vulnerabile, rischia di stigmatizzare e stereotipare i gruppi "etnoculturali". Questo punto è stato recentemente sottolineato da Ingleby e colleghi, (2019), che promuovendo un approccio intersezionale e diversity sensitive ricordano come fra i "migranti" esistano sottogruppi con "notevole forza e resilienza": *"Research that treats 'migrants', 'refugees' and 'minorities' as homogenous groups and seeks to establish general truths about their state of health is likely to mislead because of the enormous diversity within these groups. It is inaccurate – as well as stigmatising – to label all members of such groups as 'vulnerable'; some subgroups possess remarkable health strengths and resilience"* (p.144).

Invece si evidenzia quale rischio dell'approccio "diversity sensitive" che l'attenzione a tutte le diversità possa rendere meno visibili le problematiche specifiche dei migranti. Per esempio, Seeleman (2014) proponendo un approccio di "diversity sensitive" a livello organizzativo non

rifiuta completamente l'uso dell'etichetta CC, suggerendone il suo utilizzo a livello professionale e considerando il termine "competenza" come utile a descrivere l'integrazione di consapevolezza, atteggiamenti e di abilità utili della pratica professionale.

Di seguito si presenta la letteratura che permette di descrivere la CC nella sua traduzione in pratiche organizzative, a partire da una prospettiva sistemica.

1.4 Le strategie organizzative secondo una prospettiva sistemica

Come anticipato in apertura, la letteratura sembra sempre più concorde nell'affermare che promuovere sensibilità alle differenze richiede interventi a livello individuale, organizzativo e di sistema (Seeleman *et al.*, 2015; Fung *et al.*, 2012; Handtke *et al.*, 2019; OMS, 2010a). A livello di sistema lo sviluppo della CC riguarda la presenza di misure nelle politiche sanitarie per sviluppare servizi, pratiche e interventi di promozione della salute, tra le quali politiche che garantiscono l'accesso in termini formali ai servizi sanitari e la raccolta di dati a livello nazionale (Mladovsky, Ingleby e Rechel, 2012). Le politiche sanitarie possono dare priorità al tema della salute dei migranti e indicare strategie a livello nazionale o locale di contrasto alle disuguaglianze nello stato di salute e accesso dei servizi. In termini di accesso legale è importante garantire quadri legali di accesso universalistico, che garantiscano ai migranti prestazioni sanitarie come il resto della popolazione.

Fung e colleghi (2012) sottolineano l'importanza di considerare l'integrazione e l'interconnessione fra diversi livelli macro, meso (organizzativo e di servizio) e micro della relazione medico-paziente. In particolare, in modo originale rispetto ai modelli precedenti esaltano le azioni di advocacy delle organizzazioni a livello di sistema:

"Taking a systemic perspective, cultural competence operates at three different levels: macro, meso (institutional and programmatic), and micro (Andermann, Fung, & Lo, 2009; Srivastava, 2008). The macro level refers to the societal level; meso-I refers to the institutional level and meso-P refers to the programmatic level; and micro refers to the individual clinical level. These three levels dynamically interact with one another. For example, a clinician, regardless of training, may not be able to provide culturally competent care in a program and an organization that do not support diversity. Organizations and programs, in turn, may encounter barriers in improving their cultural competence without accompanying advocacy work at the systemic level to improve policies and legislation, funding, and other systemic social inequities. Thus, cultural competence encompasses addressing sociocultural issues at the larger systemic level, the organizational level, and at the clinical level in a thoughtful and integrated way" (p.167).

Un approccio sistemico a livello organizzativo enfatizza la necessità di integrazione organizzativa e la connessione fra più componenti (clinica; servizi ausiliari; personale professionale; e sottosistemi finanziari, informativi, fisici e amministrativi), secondo cui la CC è il risultato di: *"un'integrazione di pratiche fra il livello gestionale e il livello di sistemi clinici, che richiede un'armonizzazione di atteggiamenti, pratiche, politiche e strutture"* (McCalman *et al.*, 2017 p. 2).

Infatti, a partire dagli anni Novanta, come anticipato (vedi parag. 1.3) la competenza culturale viene intesa come capacità del sistema organizzativo di rispondere alle differenze e ridurre le disuguaglianze. Diventare culturalmente competente significa per le organizzazioni un

cambiamento nella cultura dell'organizzazione a più livelli, e la modifica di politiche, di pratiche e di processi assistenziali e di promozione della salute. Si è reso evidente, che investire unicamente nella formazione del personale non fosse sufficiente se non, per alcuni versi, controproducente: *“There is nothing more counterproductive than training and motivating clinical staff, and setting goals for improving clinical care, only to be frustrated because these efforts are undermined by competing organizational priorities or unsupportive directors and clinic supervisors”* (Vega, 2005 p. 448). Infatti, l'erogazione del servizio nel contesto sanitario è da considerarsi un'attività collettiva, la cui qualità dipende dagli sforzi dell'intero gruppo di lavoro e dalla coerenza delle diverse dimensioni organizzative (Taylor *et al.*, 2011; Normann, 1984). Per esempio, affinché il personale sanitario possa dedicare più tempo ad un colloquio con il mediatore, devono esserci delle politiche organizzative che legittimino il tempo “aggiuntivo”.

Numerosi modelli, a partire dalla definizione di Cross e colleghi (1989), hanno definito la CC come un costrutto multivello differenziando talvolta fra il livello gestionale, e clinico (Weech-Maldonado *et al.*, 2012); talvolta fra quello organizzativo, strutturale e clinico (Betancourt *et al.*, 2003). Differenze si evidenziano nel modo di descrivere la CC organizzativa, con definizioni che pongono maggior enfasi sugli aspetti strutturali definendo i domini organizzativi da tutelare (es. comunicazione, accesso, partecipazione), altre sulle dimensioni processuali, definendo la CC come un processo che si articola lungo un continuum, ed altre ancora che definiscono la CC come una combinazione dei due (Weech-Maldonado, 2009).

Sarà passata brevemente in rassegna la letteratura rilevante sulla prima tipologia e nel paragrafo successivo saranno esaminate due proposte che enfatizzano gli aspetti processuali della CC.

1.4.1 La competenza culturale organizzativa: definizione dei “domini” e delle strategie organizzative

Sono stati messi in atto numerosi tentativi specifici di operazionalizzazione del costrutto a livello di strategie organizzative, con l'obiettivo di sostenere le organizzazioni nella progettazione, implementazione e valutazione di interventi e strategie.

Come accennato, uno dei primi tentativi di definizione delle strategie organizzative, deriva dai CLAS che stabiliscono attualmente 15 Standard suddivisi in tre macroaree: governance e leadership; assistenza linguistica e alla comunicazione; coinvolgimento, miglioramento continuo e accountability, puntando molto sullo sviluppo di pratiche di assistenza linguistica. Il National Quality Forum (NQF, 2009) propone un framework che si basa su sette domini (leadership, integrazione nel sistema di management, comunicazione medico-paziente, erogazione dell'assistenza e supporto, formazione e risorse umane, partecipazione della comunità, raccolta dati) ed individua 45 Best Practices. Gli Equity Standard, più recentemente proposti e che adottano un approccio di “sensibilità alle differenze”, si basano su 5 domini: governance; promozione dell'accesso, promozione della qualità nei processi clinici, partecipazione e promozione dell'equità (Chiarenza *et al.*, 2014).

Sono stati compiuti alcuni sforzi di sistematizzazione analizzando letteratura rilevante, o interrogando stakeholder internazionali, per giungere ad una lista di “buone prassi” (vedi Tab. 3).

Tabella 3. Lista di buone prassi adattata da Devillé et al., 2011

Easy and equal access	<ul style="list-style-type: none"> · Accessibility on the same terms as the general population: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Remove barriers to accessing secondary care. ◦ Special health services should be made available in areas with high migrant populations · Service hours should adapt to the needs of their users, including migrants. · Services should be affordable: governments should provide the necessary resources and adapt legislation to achieve this. · Inform health professionals about the legislation related to the rights to health care for migrants in their country.
Empowerment	<ul style="list-style-type: none"> · Provision of information for migrants in their own language <ul style="list-style-type: none"> ◦ about their rights and the functioning of the health care system and social care system. ◦ about health, illness and prevention · Provide a special consultation the first time people access the health care system. · Outside the health care sector: <ul style="list-style-type: none"> ◦ improving access to work as well as work and living conditions ◦ improve their health. providing opportunities to learn the language of the host country. · Participation of migrants and non-governmental organisations (NGOs) dealing with migrants in the organisation of health care services.
Culturally sensitive care	<ul style="list-style-type: none"> · Health care providers should receive specific training on cultural competencies and communication skills. · Employ cultural mediators or health care providers of migrant descent, · Develop specialised services in case of added value to regular services can be demonstrated. · Health education and health promotion messages should take into account cultural diversity.
Quality care	<ul style="list-style-type: none"> · Services should consider the patient as an individual and not stereotype them with the characteristics of the cultural group they are perceived of as belonging to. · Quality care means taking into account the individual's specific medical history and social background and giving individualised psychological support and empathy. · Health care professionals should take the time to listen to patients and check that both parties have understood each other. · Other factors mentioned: <ul style="list-style-type: none"> ◦ establishing trust, ◦ seeking truly informed consent, ◦ guaranteeing continuity of care
Patient-health care provider communication	<ul style="list-style-type: none"> · High quality interpreter services, either in person or by telephone, should be easily accessible. · Services should take into account varying levels of both health literacy and mastery of the local language.
Respect towards migrants	<ul style="list-style-type: none"> · Practitioners should show respect, create trust, be interested and address patients without prejudice and with an open mind. · Health care providers should be motivated to deliver care for migrants with attention to their specific needs and priorities without xenophobia or any sign of racism. · A policy against acts of discrimination in health care facilities should be established and implemented.

Networking in and outside health care services	<ul style="list-style-type: none"> · Networking within health care services and between health and social service · Interdisciplinarity is a priority within health care services. · Coordination between primary care services, or between primary care and refugee-specific health care services. <ul style="list-style-type: none"> ◦ Supporting migrants to develop their social networks ◦ Supporting migrants or persons of migrant descent who care for other migrants.
Availability of data	<ul style="list-style-type: none"> · Health care services should be provided with relevant knowledge on health and risk factors concerning the populations they are dealing with. · Health registries should record and monitor migrant health to facilitate migrant health research.

Harper e colleghi., (2006) individuano, attraverso un'analisi degli strumenti di misura CC, otto domini trasversali (vedi box 2): valori organizzativi; politiche, procedure, governance; pianificazione, monitoraggio, valutazione; comunicazione; sviluppo delle risorse umane; partecipazione degli utenti e delle comunità; facilitazione dei servizi e risorse organizzative). Seeleman e colleghi, (2015) attraverso l'analisi di framework internazionali, riconoscono nove componenti comuni della CC (vedi par. 1.2), mentre Fung e colleghi (2012) ne individuano cinque: commitment organizzativo, valori, governance e leadership; partecipazione dei pazienti, delle comunità e degli stakeholder; capacità di riorientamento nell'erogazione dei servizi; formazione e reclutamento del personale; e integrazione delle iniziative relative alla diversità all'interno dell'infrastruttura organizzativa, comprendendo i sistemi di valutazione, monitoraggio e comunicazione della qualità e degli interventi sviluppati. Ancora recentemente è stata svolta una scoping review a cura di Handtke e colleghi (2019) che definisce un modello di CC "dal basso" sulla base degli interventi e strategie pubblicate in letteratura. Individua 67 interventi CC classificati in 20 sottocategorie appartenenti a 4 domini: interventi CC individuali, interventi CC organizzativi, strategie per favorire l'accesso (che riguardano strategie partecipative o outreach di collegamento con la comunità), strategie per l'implementazione nell'organizzazione (che riguardano le pratiche di gestione organizzativa per favorire il cambiamento).

Box. 2 Strategie Organizzative CC – Adattato da Harper et al., 2006

Valori organizzativi e commitment

Si ritiene fondamentale che il commitment organizzativo si traduca in politiche e documenti scritti che istituzionalizzano la competenza culturale nell'erogazione di servizi equi e sensibili alla diversità.

Politiche, procedure, governance

Un ruolo importante è riconosciuto ai processi di leadership in grado di promuovere, incoraggiare e valorizzare il cambiamento all'interno dell'organizzazione e nel personale e di diffondere a tutti i livelli i principi per operare efficacemente in un contesto multiculturale rendendo le cure più eque e di alte qualità. Le organizzazioni culturalmente competenti dovrebbero costruire un piano strategico, con obiettivi e procedure chiare e valutabili, che permettano un'efficace implementazione degli interventi e un loro monitoraggio.

Pianificazione, monitoraggio, valutazione

Una parte essenziale di un'organizzazione culturalmente competente è la pianificazione e il monitoraggio delle azioni svolte per favorire le cure e servizi culturalmente competenti, inserendo la

competenza culturale negli indicatori di qualità. Si ritiene, quindi, necessario che l'organizzazione sia dotata di meccanismi e processi che permettano la raccolta di dati sul profilo delle minoranze etniche, per favorire una corretta pianificazione degli interventi. A questo scopo si propone la raccolta di dati sulla nazionalità, la lingua e l'appartenenza etnica, o dati sulle abitudini culturali, help-seeking behaviour, sulle disuguaglianze di certi gruppi etnici.

Comunicazione

Un'organizzazione culturalmente competente attiva processi di comunicazione intraorganizzativi per permettere lo scambio di esperienze sulle questioni della multiculturalità interne ai servizi e fra i colleghi. L'organizzazione deve adattare i mezzi di comunicazione, i media e il linguaggio alle caratteristiche linguistiche, culturali, sociali degli utenti e disporre di strategie e servizi per andare incontro ai bisogni linguistici degli utenti. L'organizzazione è interessata a curare la comunicazione esterna per rendendo noti gli interventi e le risorse dell'organizzazione a favore dei pazienti e migliorare l'accessibilità.

Sviluppo delle risorse umane

L'organizzazione sviluppa interventi di formazione per il personale e seleziona operatori di diversa origine.

Partecipazione delle comunità e degli utenti

Riguarda il grado in cui il servizio sanitario e i suoi membri partecipano nelle comunità e, viceversa, il grado in cui la comunità è coinvolta nell'erogazione e alla pianificazione dei servizi. È la partecipazione degli utenti, della comunità e delle organizzazioni. La partecipazione può essere sviluppata attraverso diverse forme (identificazione dei bisogni di salute, collaborazione con mediatori culturali, guaritori, associazioni; conduzione di *Community participatory research*).

Facilitazione dei servizi

L'organizzazione sviluppa interventi atti ad adattare i servizi ai bisogni specifici dei pazienti e a promuovere l'accessibilità del servizio ad esempio attraverso adattamenti di strumenti diagnostici e di valutazione culturalmente appropriati, la partecipazione della famiglia nel trattamento o l'esistenza di specifici servizi di traduzioni, interpretazione o di orientamento.

Risorse organizzative

Un'organizzazione culturalmente competente è in grado di attivare una molteplicità di risorse (budget finanziario, la tecnologia, le strutture e i legami con la comunità), anche esterne all'organizzazione che permettano di raggiungere gli obiettivi della competenza culturale.

Si può affermare che nonostante le variazioni nella classificazione dei domini, esista accordo sui settori chiave da tutelare. Le definizioni riconoscono la CC come una qualità organizzativa che si basa sullo sviluppo di:

- politiche, pratiche, processi, interessando il livello organizzativo (es. leadership - top management e middle management, piano strategico, politiche aziendali, raccolta dati demografici e barriere d'accesso) e il livello dell'erogazione dei servizi nei processi che riguardano l'accesso e la qualità (es. servizio di interpretariato; materiale multilingua, formazione del personale; orari d'apertura dei servizi; prenotazione degli appuntamenti);
- pratiche di coinvolgimento sistematico degli utenti, degli stakeholders e della comunità, sviluppando relazioni verso l'esterno (es. co-progettazione dei servizi con rappresentanti della comunità, valutazione dei servizi, board aziendali partecipativi).

- supporto alla congruenza tra i livelli organizzativi e componenti del sistema organizzativo (es. comunicazione intraorganizzativa, comunicazione esterna, sistemi di monitoraggio).

Le differenze si notano nelle specifiche strategie e nella traduzione in pratiche in base all'approccio a cui fanno riferimento o nella centralità posta ai domini.

Seeleman e colleghi (2015), guardando alle differenze degli approcci notano per esempio che la modifica dei processi assistenziali nei framework americani appare più focalizzata sui bisogni linguistici e culturali, mentre in quelli europei sui bisogni individuali. Nei primi, inoltre, non appaiono tutelati i processi che garantiscono l'accesso in termini di riduzione delle barriere formali. Inoltre, si possono evidenziare differenze nell'enfasi posta sulle strategie di partecipazione e collaborazione interorganizzative e si evidenziano in letteratura framework che mettono al centro le dimensioni partecipative (Fung *et al.*, 2012).

In questo senso vale la pena qui fare riferimento alla recente proposta sviluppata nel contesto italiano di CC come "sanità pubblica di prossimità" (SPP) (Baglio *et al.*, 2019).

Tale definizione rimanda al complesso delle relazioni tra istituzioni pubbliche, organizzazioni del privato sociale e comunità presenti su un dato territorio, volte a promuovere l'accesso alle risorse di prevenzione e di cura, mediante l'offerta attiva di prestazioni e l'orientamento alle strutture sanitarie (outreach), la rimodulazione dei servizi in un'ottica di maggiore permeabilità e fruibilità (mediazione di sistema) e il coinvolgimento della popolazione in processi di empowerment.

Le definizioni che enfatizzano una visione sistemica della CC che include il livello macro (Fung *et al.*, 2012; Chiarenza *et al.*, 2014) prevedono interventi per agire sui determinanti sociali, attraverso azioni intersettoriali, collaborazioni interorganizzative e azioni di advocacy. Negli Equity Standard (Chiarenza *et al.*, 2014) il dominio "promozione dell'equità" propone lo sviluppo di reti, iniziative di ricerca che promuovono l'equità, comprese le partnership per fornire servizi innovativi alle popolazioni svantaggiate (es. con ONG) e collaborazioni intersettoriali per affrontare i determinanti della salute.

1.4.2 La competenza culturale organizzativa: processi di sviluppo e tipologie di organizzazioni

Per descrivere la CC alcuni autori, come accennato poco sopra, hanno enfatizzato le dimensioni processuali che portano all'integrazione della CC fra tutti i livelli dell'organizzazione e verso un alto commitment dell'organizzazione nella valorizzazione della diversità e nel contrasto alle disuguaglianze.

Nella proposta di Cross *et al.*, (1989) e successive, lo sviluppo della CC nell'organizzazione è descritto come un processo suddiviso in fasi, dinamico, non lineare e di crescita continua verso l'alto commitment organizzativo.

Secondo questa teorizzazione l'organizzazione passa da una fase di "distruttività culturale" in cui non vengono considerati i particolari bisogni delle minoranze, attuando forme di discriminazione istituzionale, ad una fase di "incapacità culturale" che si presenta come incapacità nel rispondere efficacemente ai bisogni, interessi e preferenze dei diversi gruppi linguistici e culturali e visibile, per esempio, nell'allocazione delle risorse in modo sproporzionato verso solo un gruppo di utenza o in messaggi impliciti di non accoglienza verso alcuni gruppi. Viene definita poi una fase di "cecità culturale", nella quale l'organizzazione è caratterizzata da una filosofia universalistica nel trattamento dei pazienti, che non permette di leggere i legami fra la "cultura"

e la qualità delle cure e di riconoscere la necessità di un adattamento dei modelli d'intervento; si contraddistingue per pratiche assimilazioniste e paternalistiche. L'organizzazione può "evolvere" verso la "precompetenza culturale" valorizzando espressamente la competenza culturale, ma allo stesso tempo mostrando inefficacia nel raggiungere gli obiettivi per la mancanza di pratiche di commitment organizzativo e di integrazione nelle politiche organizzative. L'organizzazione può mettere in atto pratiche CC (es. per sostenere uno staff multiculturale), ma non ha un piano chiaro per raggiungere e implementare la competenza culturale in tutta l'organizzazione. Successivamente, raggiunta la fase di competenza culturale in cui l'organizzazione mostra un investimento strutturale e definisce politiche e pratiche a più livelli, l'organizzazione tenderà al miglioramento e alla crescita delle competenze acquisite e al sostegno di altre organizzazioni.

Recentemente Fisk e colleghi (2019) hanno proposto una classificazione di pratiche organizzative di diversity management e competenza culturale composta da quattro tipologie definite sulla base di due assi che riguardano a) il livello di "*diversity management*", ovvero la tipologia di pratiche CC, b) il livello di istituzionalizzazione che differenzia l'implementazione di strategie in base alla stabilità dell'implementazione (short-term vs long-term) e al grado di centralità rispetto ai processi organizzativi (periferici vs centrali). Le tipologie sono: 1) Compliance-based 2) Ad-Hoc 3) Disengaged 4) Inclusive. La prima tipologia, detta Compliance-based, descrive organizzazioni che non sono interessate o sono incapaci di implementare in modo volontario o proattivo interventi CC, i cui sforzi messi in campo risultano come adempimento a richieste esterne (es. politiche). Fanno parte della tipologia "Ad-Hoc" organizzazioni i cui sforzi per sviluppare servizi CC sono il frutto di un investimento dal basso da parte di singoli frequentemente non formalizzato. In questo modo senza il supporto di risorse umane o finanziarie permanenti, gli interventi rischiano di essere precari. Sono definite "Disengaged" quelle organizzazioni in cui programmi o pratiche CC sono formalizzati e stabili, ma non sono integrati fra di loro in una logica di sistema apparendo come dei "silos". Se sono sviluppate pratiche partecipative queste sono ristrette ad alcuni gruppi. Infine, le organizzazioni inclusive possono avere relazioni stabili con una varietà di gruppi e identificare in modo proattivo misure di assessment, sono anche consapevoli del loro clima organizzativo rispetto alla diversità e sono impegnate nell'analisi sistematica delle barriere d'accesso. Investono nella formazione dei futuri leader e includono molteplici dimensioni e misure di competenza culturale come parte della valutazione organizzativa. L'organizzazione compie sforzi profondi e sistematici per sviluppare CC e istituzionalizzare relativi programmi e valori, attraverso risorse dedicate.

Entrambi i modelli sono utili per pensare allo sviluppo della CC nelle organizzazioni guardando non solo al tipo di pratiche implementate (domini) ma anche alla cultura che li sostiene. Infatti, si enfatizza come l'organizzazione diventi culturalmente competente passando da una filosofia universalistica ad una particolarista, che valorizza il rispetto delle differenze nella cultura dell'organizzazione, come modello di equità nei servizi.

Inoltre, il modello di Fisk (2019) permette di evidenziare il modo in cui le pratiche di CC sono integrate nei processi organizzativi e possono diventare stabili nel tempo. Aspetti, quest'ultimi che interessano anche la valutazione dell'efficacia dell'implementazione e che sono trattati nei paragrafi successivi.

1.5 Implementare le strategie organizzative di competenza culturale

In assenza di un consenso sulle sue definizioni, le pratiche di competenza culturale sono state sviluppate in vari modi a seconda del contesto locale (Bhui *et al.*, 2007) e sulla base delle diverse prospettive concettuali su cosa sia la CC e come sia possibile implementarla (Whaley e Longoria, 2008; Aggarwal *et al.*, 2016). Alcune ricerche hanno mostrato, inoltre, che i servizi tendono a implementare pratiche come la raccolta di dati sugli accessi dei pazienti, i servizi di interpretariato e pratiche di CC a livello clinico, ma hanno maggior difficoltà nell'integrare la competenza culturale nelle pratiche di gestione e di commitment organizzativo, come leadership e pianificazione strategica, miglioramento della qualità e partecipazione dell'utenza e della comunità (Weech-Maldonado *et al.*, 2002; 2012; Whitman e Davis, 2008; Chiarenza, 2015).

Questi dati dimostrano la difficoltà di un'implementazione efficace e sistemica della CC. Infatti, come sarà esaminato, il commitment organizzativo e la partecipazione dell'utenza e della comunità sono considerati principi centrali per lo sviluppo di un'organizzazione CC: il primo garantisce sostenibilità agli interventi, diffusione e supporto alle pratiche professionali (Guerrero *et al.*, 2017; Weech-Maldonado *et al.*, 2018), il secondo rispondenza ai bisogni, rispetto della diversità e il contrasto di logiche etnocentriche (Napier *et al.*, 2014).

Nei paragrafi seguenti, che chiudono questa introduzione, si approfondiscono in particolare gli aspetti collegati all'implementazione della CC nei servizi sanitari, guardando alle evidenze d'efficacia per l'implementazione e al ruolo del commitment organizzativo e delle pratiche partecipative. Tali temi sono analizzati in relazione alle barriere e ai facilitatori, individuati in letteratura, che li sostengono o al contrario li inibiscono.

1.5.1 L'implementazione di pratiche culturalmente competenti: quali evidenze d'efficacia?

Nonostante un'abbondante letteratura che indica la necessità di uno sviluppo organizzativo dei servizi, il focus primario degli studi è rimasto quello della formazione professionale o universitaria e quello delle iniziative di promozione della salute (McCalman *et al.*, 2017), mentre solo più di recente sta crescendo attenzione sull'analisi delle strategie di sviluppo organizzativo (Cherner *et al.*, 2015). La capacità di tradurre il concetto in pratica e ricerca, soprattutto in termini di dimostrazione di efficacia viene, pertanto descritto come un processo complicato (Truong *et al.*, 2014; Suphanchaimat *et al.*, 2015).

La ricerca si sta interessando alla valutazione d'efficacia dell'implementazione di pratiche CC per comprendere in che modo i servizi sanitari possano sviluppare strategie capaci di ridurre disuguaglianze sanitarie nell'accesso e nella qualità delle cure ricevute. Si ritiene che lo sviluppo di pratiche culturalmente competenti e sensibili alle differenze a livello professionale e organizzativo possa ridurre le disuguaglianze sanitarie migliorando a livello clinico la comunicazione e la relazione fra medico-paziente, favorendo la compliance e aumentando la fiducia dei clienti nel servizio, facilitando così il percorso di cura, e l'utilizzo dei servizi.

Diversi studi hanno valutato l'efficacia delle strategie di competenza culturale (Weech-Maldonado *et al.*, 2018; Jogen *et al.*, 2018; Brach & Fraser, 2000; Anderson *et al.*, 2003; Beach *et al.*, 2005; Lie *et al.*, 2011; Handtke *et al.*, 2019), in particolare Truong *et al.*, (2014) hanno condotto una review delle review già presenti in letteratura, mentre McCalman e colleghi (2017) una revisione degli studi su strategie implementate con un approccio sistemico.

Le ricerche mostrano alcuni esiti positivi della CC, ma la comprensione dei meccanismi di efficacia rimane limitata soprattutto a causa dell'assenza di un ampio consenso sul modo migliore per sviluppare, implementare e valutare la competenza culturale: *"There is little guidance for healthcare organisations about how to identify what mix of cultural competence strategies works in practice; when and how to implement them properly"* (McCalman *et al.*, 2017 p.13).

In particolare, Troung e colleghi (2014) hanno valutato studi relativi all'implementazione di pratiche formative per il personale medico e interventi di tipo organizzativo quali programmi di educazione sanitaria CC, utilizzo del servizio di interpretariato, peer education e utilizzo del patient navigator. In relazione agli interventi valutati, nonostante le criticità per la disomogeneità di interventi, contesti, e strumenti di valutazione, si sono trovati alcuni effetti positivi in diverse review: le evidenze più consistenti riguardano gli outcome dei professionisti (per es. livello di CC dei professionisti dopo la formazione), mentre si sono riscontrati effetti in modo debole sugli esiti dell'esperienza dei pazienti (per es. soddisfazione per il servizio) e in modo moderato sull'utilizzo dei servizi (per es. numero degli accessi). Rispetto alla formazione dei professionisti, che appare essere l'intervento più diffuso e maggiormente studiato, le evidenze sull'effetto dei processi clinici e degli outcome in termini di salute restano, tuttavia, poco chiare, soprattutto a "lungo-termine" (Jogen *et al.*, 2018). L'efficacia della formazione appare più evidente se essa è inserita all'interno di un processo di cambiamento più ampio, come rivela un recente studio in cui gli interventi formativi per i professionisti sono stati sviluppati in connessione con interventi nella leadership e nella pianificazione strategica (Weech-Maldonado *et al.*, 2018).

Butler e colleghi (2016) hanno analizzato le prove di efficacia di interventi di formazione, di interventi a favore della comunicazione medico-paziente (utilizzo di brochure, matching paziente-operatore, interventi collaborativi o interventi di empowerment dei pazienti) e di interventi "adattati culturalmente" (es. interventi di promozione della salute, interventi di supporto psicologico). Gli studi nei primi due casi riportano, nonostante la disomogeneità relativa agli strumenti di valutazione, evidenze a favore delle strategie implementate. Per gli interventi adattati culturalmente, però, si sono trovati risultati contrastanti, ma soprattutto, gli autori, mettono in risalto la poca chiarezza sulle dimensioni degli interventi che li rendono "culturalmente adattati".

Il lavoro di McCalman e colleghi (2017), ha incluso la valutazione di interventi "sistemici", distinti in: a) interventi di audit e "quality improvement" b) studi di valutazione o sviluppo di strategie a livello dei servizi (es. l'adozione del servizio di interpretariato, la traduzione dei materiali informativi, il reclutamento di personale di diversa origine, la formazione, lo sviluppo di un ambiente organizzativo accogliente), definendo outcome non solo a livello clinico, ma anche a livello di sistema sanitario. Pur non potendo giungere ad una valutazione complessiva dell'efficacia degli interventi a causa della disomogeneità delle pratiche e delle pratiche di valutazione, lo studio riporta un miglioramento della soddisfazione dei pazienti e della famiglia, esiti positivi sui comportamenti di salute come la compliance al trattamento, e outcome positivi a livello organizzativo e anche di sistema (politiche nazionali). In particolare, la loro analisi mette in luce non solo le potenzialità dei processi di miglioramento della qualità per innovare le pratiche di CC, ma rileva anche tre principi di implementazione che si basano sulla promozione della partecipazione dei pazienti, del commitment organizzativo e dell'implementazione in differenti setting.

Nell'insieme le review offrono, quindi, alcune evidenze per favorire l'implementazione della CC nelle organizzazioni e aiutano a comprendere alcuni limiti che permangono nella letteratura esistente.

In riferimento ai limiti degli studi esaminati, le ricerche identificano alcuni gap nella letteratura per sostenere prove di efficacia e direzioni per le ricerche future, come la necessità di maggiori studi di valutazione dei costi, dell'impatto delle strategie sull'esperienza dei pazienti, superando il focus sulla sola valutazione delle conoscenze dei professionisti sanitari e l'utilizzo di misure multilivello e mixed-method per integrare l'analisi dei dati self-report con misure "oggettive" come l'analisi dei documenti aziendali. Le review hanno, infatti, messo in evidenza come gli outcome collegati alle pratiche CC siano differenti e valutati in modo eterogeneo e con strumenti di misura spesso non validati in letteratura.

Riguardo alle evidenze per favorire l'implementazione, gli studi indicano l'importanza di un approccio organizzativo e sistemico alla CC che riconosca le specificità dei contesti organizzativi, della loro relazione con l'utenza considerando nell'implementazione la relazione fra "contesto" e intervento. L'implementazione nelle organizzazioni, secondo Troung e colleghi, (2014) è da considerarsi relativa alle particolarità della singola organizzazione, in termini di cultura organizzativa e relazioni con i gruppi di utenza, e ai processi relativi al cambiamento organizzativo cioè i fattori di facilitazione e le barriere alla realizzazione degli interventi che incidono sul loro successo.

Appare importante il commitment organizzativo e la coerenza tra i diversi livelli organizzativi, per garantire stabilità dei cambiamenti e la presenza di risorse a supporto del cambiamento. Più l'organizzazione supporta in modo formale e informale la CC e attiva processi di valutazione e sviluppo della qualità dei servizi, più i professionisti tenderanno a mostrare pratiche professionali culturalmente competenti.

La partecipazione degli utenti risulta essere un ulteriore principio di implementazione poiché lo sviluppo di pratiche di competenza culturale a livello di sistema sembra dipendere dalla collaborazione precoce con l'utenza (MaCalman *et al.*, 2017).

Infine, per sostenere l'efficacia della CC, ed evitare effetti "dannosi", appare importante il riferimento ad approcci non categoriali che rischiano di creare stereotipi e sopravvalutazione dei fattori culturali (Troung *et al.*, 2014). Browne e colleghi (2016), suggeriscono infatti nel loro modello organizzativo di equità, di valutare le possibili conseguenze negative degli interventi come l'essenzializzazione dell'"altro", mentre Jogen (2018) raccomanda un maggior investimento a favore di esperienze formative capaci di trattare i bias impliciti nella relazione operatore - paziente.

1.5.2 Implementare e sostenere la CC nell'organizzazione: il ruolo del commitment organizzativo, barriere interne ed esterne

La difficoltà di implementazione per le organizzazioni spinge a guardare agli ostacoli e ai facilitatori al cambiamento organizzativo e all'innovazione. Le pratiche culturalmente competenti possono essere considerate un'innovazione perché la loro implementazione richiede un coordinamento attivo tra molti membri dell'organizzazione e non sono parte delle pratiche routinarie dei contesti sanitari (Guerrero *et al.*, 2017).

Barriere e facilitatori per l'implementazione di pratiche innovative o di cambiamenti sono presenti a più livelli di erogazione dell'assistenza sanitaria: del paziente, del gruppo di lavoro, del livello organizzativo o di sistema e politico (Ferlie e Shortell, 2001). Tuttavia, gli sforzi per indagare in modo sistematico facilitatori dell'implementazione di pratiche innovative culturalmente competenti in ambito sanitario sono limitati (Guerrero *et al.*, 2017). Alcuni studi

hanno studiato il ruolo delle strategie di commitment organizzativo, come la leadership per sostenere la CC nelle pratiche professionali.

Come già accennato un ruolo importante al sostegno della CC risiede nelle pratiche di commitment organizzativo, che può essere considerato come l'impegno e l'investimento del management dell'organizzazione e include l'integrazione della CC nei sistemi di gestione strategica (pianificazione, monitoraggio, valutazione) e l'individuazione di staff e risorse dedicate che promuovono CC nell'organizzazione sostenendo i servizi e il personale.

Alcune ricerche hanno studiato il rapporto tra la competenza culturale delle organizzazioni e la competenza culturale del personale (Darnell e Kuperminc, 2011; Paez, Allen, Carson e Cooper, 2008). Lo studio di Darnell e Kuperminc (2011) in servizi sanitari di salute mentale ha dimostrato che i dipendenti avevano percezioni significativamente più elevate della competenza culturale organizzativa in presenza di dichiarazioni mission e requisiti per il personale CC. Soprattutto, lo studio di Paez e colleghi (2008) relativo ai servizi di cure primarie ha trovato che i medici che avevano riferito che i servizi in cui lavoravano avevano adottato le raccomandazioni fatte negli standard CLAS (Cultural and Linguistically Appropriate Services) avevano più probabilità di mostrare atteggiamenti e comportamenti culturalmente competenti. In particolare, la relazione fra CC organizzativa e CC dei professionisti può essere intesa come una relazione reciproca (Truong *et al.*, 2014) che genera circoli virtuosi di miglioramento della qualità. La qualità della leadership è riconosciuta come un'importante leva per rendere i servizi CC e per mettere a disposizione le risorse per l'adattamento dei servizi, evitando che la CC sia avvertita come un sovraccarico (Suphanchaimat *et al.*, 2015). Secondo Vega (2005) "*the glue that ties [cultural competence] all together is leadership*" (p. 450).

In particolare, i leader, attraverso "dichiarazioni," i propri comportamenti, la supervisione sui temi della CC e l'allocazione delle risorse influenzano fortemente sia la cultura del sistema sanitario sia il modo in cui il personale percepisce le priorità del sistema (Cunningham *et al.*, 2014). La leadership influenza l'implementazione sia direttamente che indirettamente, modellando il contesto organizzativo e la cultura, che quindi influenza i comportamenti dei dipendenti (Dauvrin *et al.*, 2015; Guerrero *et al.*, 2017). Gli operatori e il middle management possono essere influenzati dall'impegno e dalle azioni della loro organizzazione in relazione alla diversità culturale e viceversa. Tuttavia, alcuni studi, soprattutto di tipo qualitativo, hanno mostrato anche le difficoltà nel sostenere il supporto organizzativo e nel favorire l'integrazione di pratiche a più livelli, evidenziando la necessità di maggiori studi nel campo. Sono fattori ostacolanti in questo senso, il limitato accesso a finanziamenti specifici e la competizione con altre priorità organizzative (Dogra *et al.*, 2009; Dotson e Nuru-Jeter, 2014). Altre ricerche riportano la mancanza di chiarezza del concetto di competenza culturale, della sua operazionalizzazione o della definizione dei fattori collegati all'equità (Ng *et al.*, 2017; Pottie *et al.*, 2017). In particolare, uno studio recente riporta che i manager di servizi sanitari americani avvertono come difficile implementare la CC per la disponibilità limitata di misure di valutazione, per requisiti -provenienti dalle politiche nazionali- difficili da rendere operativi e per la necessità di maggiori incentivi per stabilire la CC come priorità organizzativa. Per facilitare l'implementazione le organizzazioni sembrano necessarie misure e standard di CC da integrare alle politiche di programmazione già esistenti (Ng *et al.*, 2017).

Si è trovato, in aggiunta, che i vari attori organizzativi danno significati differenti e contrastanti alla competenza culturale (Whaley e Longoria, 2009).

Aries, (2004) dimostra che i manager e gli operatori del front-line hanno percezioni diverse sul significato di diversità e della CC e i manager riportano spesso una visione individuale di CC

che si concentra principalmente sulla responsabilità del singolo professionista, ignorando la responsabilità organizzativa. Similarmente, Adamson e colleghi (2011), nel loro studio di caso in un ospedale britannico, hanno rilevato pratiche CC non integrate a livello delle pratiche manageriali (es. piano strategico) e la percezione fra alcuni manager della CC come “il dominio” di un piccolo gruppo (in posizione più periferica), piuttosto che una responsabilità condivisa. Inoltre, la maggior parte dei dirigenti intervistati mostrava scarsa consapevolezza delle iniziative o delle pratiche di CC presenti a livello dei servizi. Altre ricerche hanno messo in evidenza che la difficoltà di implementazione e diffusione può essere legata alla grandezza dell’organizzazione, mentre sembra che le organizzazioni investano maggiormente per promuovere interventi culturalmente competenti se è presente una cultura organizzativa di centratura sulla persona, se sono le organizzazioni sono in collegamento con servizi socio-sanitari e se hanno sviluppato relazioni partecipative con l’utenza (Dauvrin, 2013; Chong *et al.*, 2011).

Se il supporto organizzativo è percepito come un facilitatore per i professionisti, la mancanza di commitment organizzativo sembra portare ad interventi “frammentari” e alla percezione di mancanza di sostegno amministrativo e di riconoscimento da parte del personale front-line (Aries, 2004; Taylor *et al.*, 2010, Mollah *et al.*, 2018). La mancanza di supporto può inoltre scaricare la responsabilità di pratiche culturalmente orientate sul professionista esperto, o di origine straniera utilizzato in modo non riconosciuto come “interprete”, portando alla percezione di maggior sovraccarico.

Diversi studi hanno definito come barriere principali alla CC per i professionisti, la percezione di vincoli organizzativi come la mancanza di risorse organizzative di supporto (es. disponibilità della mediazione) di tempo e l’“inerzia organizzativa” (Aggrawl *et al.*, 2016; Suphanchaimat *et al.*, 2015, Mollah *et al.*, 2018; Taylor *et al.*, 2010). Altre difficoltà sono relative al confronto con la diversità e al cosiddetto cultural mistake, ovvero il timore di mettere in atto pratiche non rispettose della diversità. Ad esempio, lo studio di Beune e colleghi, (2011) che analizza le barriere nell’implementazione di strategie CC in tre centri di cure primarie olandesi, trova che la maggior parte delle barriere riscontrate dagli operatori siano comuni agli interventi di miglioramento della qualità (es. coordinamento nel gruppo di lavoro; turnover dello staff) mentre alcune sono da ritenersi specifiche alla CC. Precisamente, sono emerse delle resistenze da parte dei professionisti nei riguardi della registrazione del background etnico dei pazienti: per alcuni, non necessario “perché tutti i pazienti sono uguali”, mentre altri temevano conseguenze negative in termini di discriminazione percepita da parte dell’utenza stessa e stigmatizzazione. Infine, alcuni ritenevano che l’appartenenza alla stessa comunità potesse essere un ostacolo alla relazione terapeutica. Ulteriori studi hanno rilevato tra i professionisti scetticismo verso le pratiche CC o la lettura degli interventi a tutela del diritto alla salute come un privilegio, anziché un diritto (Vanthuyne *et al.*, 2013; Dauvrin *et al.*, 2012).

Altre ricerche hanno messo in luce il ruolo di ulteriori fattori, collegati al contesto sociale. Fra i fattori esterni le ricerche indicano il ruolo delle politiche nazionali/locali nell’attivare o meno le organizzazioni nell’implementazione della CC e ridurre il senso di isolamento (Dogra *et al.*, 2009). Inoltre, è stato messo in evidenza come i sentimenti anti-immigrazione siano un grave freno alla diffusione della CC, in quanto tendono a diffondere la prospettiva per cui l’investimento in CC riduca i benefici per altri gruppi di pazienti a vantaggio dei soli immigrati (Goode e Like, 2012).

1.5.3 Implementare e sostenere la CC nell'organizzazione: il ruolo delle pratiche partecipative

La partecipazione dei migranti e della comunità è emersa più volte nel corso dei precedenti paragrafi come un aspetto fondamentale per lo sviluppo di servizi in un'ottica di equità e di sensibilità alle differenze, tuttavia, parafrasando Mock-Muñoz de Luna e colleghi, (2015) la mancanza di coinvolgimento di migranti e delle comunità appare essere il tallone di Achille di molti sforzi volti a migliorare l'erogazione dei servizi equi.

L'enfasi sullo sviluppo di pratiche partecipative è coerente con una concezione della CC che pone al centro della sua azione la "centratura sul paziente/persona" e quindi l'importanza di sviluppare pratiche capaci di rispondere ai bisogni delle persone, negoziando e condividendo le diverse prospettive e saperi.

Il tema della partecipazione è strettamente collegato all'equità poiché secondo un approccio "democratico" la riduzione delle disuguaglianze è da perseguire attraverso il coinvolgimento delle persone, l'accrescimento della capacità di poter influenzare i propri contesti di vita e le decisioni che riguardano la propria salute. La costruzione di servizi sanitari sensibili alle differenze e il superamento di un modello organizzativo "one-size-fit-all" (rispondente ai bisogni della popolazione "media") necessita della partecipazione della "voce" dell'utenza che più frequentemente è esclusa dai servizi.

Tali prospettive sono radicate negli orientamenti politici proposti con la conferenza di Alma Alta che ha dato impulso alla partecipazione della comunità in ambito sanitario per sviluppare sistemi sanitari "vicini" alle persone. Sono ribaditi nelle politiche attuali "migrant-sensitive" che promuovono il coinvolgimento dei migranti, delle minoranze etniche e degli stakeholder allo sviluppo dei servizi, secondo un approccio empowering (OMS, 2010b; 2017):

"Inclusion of migrants and the non-governmental organizations that serve them in design and delivery of equal importance is the need for deliberate inclusion of migrants as active players in the improvement of their own health and in the services they use. ..Through a progressive empowerment model, they should be engaged in the planning, implementation and oversight of health services, and health systems should facilitate an ongoing dialogue with migrant communities and their representatives. Migrants can be involved in bridging the gap between their communities and health care systems by participating as interpreters, intercultural mediators and educators in outreach programmes, and those with health professional credentials" (OMS, 2010b p.15).

Storicamente sono riconosciuti due approcci alla partecipazione che si riconoscono anche nelle pratiche dei servizi sanitari: uno definito "democratico", l'altro "utilitaristico" (De Freitas, 2014). La promozione della partecipazione dei gruppi minoritari è sostenuta dall'approccio democratico, che a differenza di quello utilitaristico che ha come obiettivo la "raccolta" di opinioni e consigli sul servizio affinché sia più adatto ai bisogni dell'utenza, si fonda sull'idea della condivisione del potere. In particolare, supera il focus della responsabilità individuale sulla salute e riconosce la natura sistemica delle disuguaglianze e i processi di marginalizzazione dei gruppi, promuovendo il cambiamento dei servizi e del sistema sociale.

Se si guarda alle strategie che i servizi possono mettere in atto per promuovere la partecipazione, la letteratura mostra che il concetto è interpretato secondo diverse prospettive e

compreso secondo molteplici modelli⁵ (Sarrami Foroushani *et al.*, 2012; 2015). Senza entrare nel merito delle specifiche differenze, poiché esula degli scopi di questo lavoro, si può affermare che le pratiche di partecipazione possono essere comprese facendo riferimento ad un framework multilivello, che si sviluppa lungo un continuum in base al grado di coinvolgimento e condivisione del potere consentito dal processo (Carman *et al.*, 2013; Travaglia e Robertson, 2011). La partecipazione può essere intesa a livello individuale della relazione medico-paziente come condivisione delle scelte cliniche, a livello organizzativo come partecipazione ai processi di sviluppo, di erogazione e di valutazione dei servizi e a livello sociale per influenzare e condividere scelte politiche.

La partecipazione è sostenuta nei framework di competenza culturale e sensibilità alle differenze, sia perché ritenuta fondamentale per favorire responsività delle pratiche, sia perché il coinvolgimento dei pazienti e delle comunità può facilitare l'implementazione e la promozione del cambiamento (Seeleman, *et al.*, 2015). Molti framework di CC propongono la partecipazione sia dell'utenza che della comunità sottolineando le sfide dei processi partecipativi e le barriere d'accesso che solitamente le persone dei gruppi "svantaggiati" o "diversi" incontrano e che causano una minore inclusività dei processi partecipativi. Dal punto di vista organizzativo, la partecipazione dei migranti e della comunità coinvolge molte componenti a livello manageriale e professionale. Sono considerate pratiche di partecipazione la valutazione e l'analisi dei bisogni dell'utenza, considerando i cambiamenti (demografici, economici, sociali) che possono attraversare le comunità, e lo sviluppo di una varietà di meccanismi formali o informali per facilitare il coinvolgimento nella progettazione, erogazione e valutazione dei servizi, fra i quali lo sviluppo di relazioni o partnership collaborative con i gruppi "diversa origine", il coinvolgimento negli organi rappresentativi delle organizzazioni sanitarie (Seeleman *et al.*, 2015; Weech-Maldonado *et al.*, 2012; NQF, 2009). Un'organizzazione che sostiene la partecipazione secondo una logica che mira all'equità attiva interventi outreach con gruppi cosiddetti "hard-to-reach", favorisce metodi di consultazione che tengono conto dei diversi bisogni (es. lingua) fino a sostenere il coinvolgimento nella pianificazione dei servizi (es. piano strategico, equity plan) (Chiarenza *et al.*, 2014). In relazione alle pratiche manageriali, favorire la partecipazione dell'utenza e della comunità richiede che il management dia priorità al valore della partecipazione, definendo infrastrutture organizzative, e supporti il personale anche attraverso una formazione specifica.

Un punto dibattuto in letteratura riguarda la collaborazione con la "comunità" che diversi framework propongono. La complessità delle pratiche partecipative sembra risiedere, innanzitutto, nella definizione stessa di comunità e quindi nei processi e nelle scelte che possono garantire la rappresentanza e l'inclusione dei gruppi: "*Where exactly is the community to be found? Who can represent it? Who is willing to do so, indeed?*" (Ingleby, 2012 p. 9).

Il NQF (2009) promuove la partecipazione della comunità attraverso il coinvolgimento dei "community leaders, tra cui i leader spirituali e sociali, i membri della comunità e altre reti presenti nella comunità". Invece, gli approcci che enfatizzano una visione di diversità come "intersezionale" usano criticamente il concetto di comunità, il cui riferimento rischia di limitare il riconoscimento della diversità interna dei gruppi (etnici, sociali etc). Lo sviluppo di pratiche partecipative in un'ottica di sensibilità alle differenze si fonda, quindi, sull'attenzione al

⁵ I modelli individuati sono: shared decision making, self-management, CCE in health care systems, community-based health promotion, providing access to health care, rehabilitation, participation in research, collaboration in research design and conduct e peer support.

coinvolgimento di gruppi e persone che rischiano di essere esclusi e non solo a “gruppi ben organizzati” (Chiarenza, 2014). Per questo, - secondo un approccio che potremmo definire dal “basso” - la partecipazione si può sviluppare come coinvolgimento degli utenti che entrano in contatto con l’organizzazione sanitaria per valutare la qualità dei servizi e la loro capacità di rispondere ai bisogni. Altri come Fung e colleghi (2012), invece, quando parlano di partecipazione della comunità estendono il concetto considerando, non solo i clienti primari, ma anche in modo esplicito le collaborazioni con gli stakeholder organizzativi e politici (si citano le comunità accademiche, le comunità etniche, le comunità locali, i policy maker, i finanziatori, le comunità locali *etc*) e la collaborazione con altre organizzazioni coinvolte nell’erogazione di servizi.

Nella letteratura sulla CC la partecipazione è intesa, quindi, sia a livello individuale che organizzativo, pensando al coinvolgimento dei pazienti e delle comunità, ma meno evidente è l’attenzione a pratiche partecipative che favoriscono coinvolgimento per la produzione di politiche. Gli studi che hanno esaminato in Europa l’implementazione di strategie di coinvolgimento degli utenti con un background migratorio nei servizi sanitari hanno rivelato l’utilizzo di diverse strategie come processi di coinvolgimento delle comunità (*community mobilisation, stakeholders’ sociopolitical development, e community alliances and coalitions*). Queste si sono dimostrate efficaci per coinvolgere i migranti nelle politiche dei servizi sanitari, ma si è mostrato evidente, al tempo stesso, il loro carattere temporaneo e transitorio (De Freitas *et al.*, 2015). La partecipazione sembra inoltre interessare maggiormente il livello locale, poiché le associazioni e i gruppi coinvolti non hanno sufficiente organizzazione e potere per influenzare decisione al livello nazionale.

1.5.3.1 Barriere e facilitatori ai processi partecipativi

L’implementazione di pratiche partecipative, quindi, sembra far fatica a superare le sfide del passaggio dalla retorica dell’empowerment e della partecipazione alla traduzione in pratica. La promozione di meccanismi partecipativi inclusivi richiede l’identificazione di strategie innovative, poiché l’uso di metodi standard sembra non essere in grado di sostenere la partecipazione di gruppi più lontani dai servizi e con bisogni diversi (De Freitas, 2014; Popay, 2014). In particolare, la partecipazione dell’utenza è un concetto politico, che viene interpretato in modo diverso tra gruppi sociali e culturali, e in base a culture organizzative e politiche (Snape *et al.*, 2014).

Le evidenze sull’impatto delle pratiche partecipative non sono ancora chiare (Ocloo *et al.*, 2016). Studi sull’efficacia di interventi di partecipazione comunitaria con minoranze etniche di “community coalition” (azioni collaborative di rappresentanti della comunità con organizzazioni multisettoriali pubbliche e private con l’obiettivo di identificare problemi di salute comuni, sviluppare servizi o politiche e produrre cambiamenti nella comunità che supportano la promozione della salute), mostrano che le pratiche di partecipazione mettendo in collegamento i servizi, i professionisti e le comunità portano benefici per l’utenza e per il sistema sanitario anche se si rilevano ostacoli che possono limitare l’efficacia dei processi (Anderson *et al.*, 2015). In particolare, l’analisi compiuta trova da una parte evidenze a supporto di interventi di collaborazione intersettoriale e di collaborazione con persone appartenenti alle “comunità d’origine” per favorire accesso ai servizi e alle informazioni di salute. Dall’altra mostra però

alcune dimensioni critiche che se non gestite possono produrre pratiche di “tokenismo” (ovvero un coinvolgimento solo formale), che ostacolano una reale partecipazione o che possono agire sulla motivazione delle persone nell’intraprendere e mantenere rapporti collaborativi. Il conflitto tra i diversi “saperi” e “prospettive” del personale sanitario, accademico e delle persone della comunità, e disparità nel processo decisionale e nel controllo dei fondi, reali o percepiti, possono far sentire svalutata la partecipazione dei membri della comunità. Inoltre, finanziamenti inadeguati che possono causare interruzioni all’implementazione, possono contribuire a creare un senso di abbandono nei partecipanti.

In particolare, secondo De Freitas (2014), due tipi di barriere possono influenzare i meccanismi partecipativi in un’ottica di equità: barriere che impediscono la rappresentatività di determinati gruppi e barriere che ostacolano la capacità dei rappresentanti di influenzare il processo decisionale. Per quanto riguarda il primo caso, gli ostacoli consistono nel rischio che i gruppi siano trattati come entità omogenee di persone, non considerando i diversi bisogni, valori e interessi e che le pratiche si rivolgano ai gruppi più organizzati.

Nel secondo, la partecipazione può essere limitata dal riferimento ad un approccio utilitaristico, di tipo top-down, che riduce la partecipazione al coinvolgimento individuale, invece che in un’ottica collettiva. Inoltre, i meccanismi partecipativi possono essere inefficaci da una parte perché gli utenti possono sentire il proprio ruolo come poco chiaro, riscontrare barriere linguistiche, non avere risorse per partecipare, non conoscere i propri diritti o non sentirsi pienamente legittimati nel fare “sentire la propria voce”.

A livello organizzativo i processi partecipativi possono essere ridotti per una carenza di risorse e di infrastrutture a supporto del processo, oppure per gli atteggiamenti negativi e resistenze da parte del personale sanitario e dei dirigenti (Ocloo *et al.*, 2016).

Per facilitare l’implementazione di pratiche collaborative sembra necessario sviluppare un approccio proattivo alla partecipazione che riconosca, per i gruppi più vulnerabili, l’importanza di sviluppare fiducia e capacità di confronto e sviluppare strutture di “incentivi”. L’equità nel coinvolgimento richiede uno sviluppo di atteggiamenti, valori e strumenti specifici. Non significa semplicemente garantire la presenza di persone di diverse “origine” o comunità, ma sono necessari sforzi per raggiungere gruppi diversi e sviluppare processi differenti e contestuali. Soprattutto il coinvolgimento dei gruppi minoritari richiede la consapevolezza e il riconoscimento delle esperienze discriminatorie e del loro effetto sulle modalità di partecipazione (Faulkener *et al.*, 2015).

1.6 Conclusioni

L’analisi della letteratura compiuta sul costrutto di competenza culturale ha permesso di delineare punti critici e questioni aperte, che riguardano le pratiche e gli approcci organizzativi che possono promuovere equità nell’accesso e nell’uso dei servizi per migranti e minoranze etniche.

In primo luogo, è stato messo in evidenza come il costrutto sia diffuso e sottoposto a rivisitazioni mostrando l’intreccio delle implicazioni teoriche e pratiche nei tentativi definitivi della CC e la dipendenza dal contesto socioculturale e politico in cui le definizioni sono proposte. Attraverso l’analisi della letteratura abbiamo guardato al modo in cui le diverse concezioni di cultura e diversità hanno influenzato le definizioni e gli approcci organizzativi alla competenza culturale e sensibilità alle differenze evidenziando il passaggio da un approccio categoriale ad

uno “intersezionale” e il passaggio dal focus sull’adattamento alla diversità culturale alla sua integrazione con il concetto di centralità della persona. Ciononostante, nella letteratura permane confusione dovuta alla moltiplicazione delle etichette, utilizzate in modo interscambiabile, che si ripercuote sulle possibilità di implementazione e valutazione dell’efficacia degli interventi. Se molti studi hanno portato evidenze sulle pratiche CC, l’eterogeneità degli interventi, dei contesti e degli scopi, non permette di proporre considerazioni generalizzate. Soprattutto alcune ricerche che hanno interrogato gli attori organizzativi hanno mostrato che i significati attribuiti alla CC variano fra i contesti e fra i ruoli organizzativi, e che permangono una mancanza di chiarezza sulla traduzione della CC in pratiche e, in alcuni casi, visioni categoriali alla CC.

Un altro punto importante evidenziato da questa analisi è che lo sviluppo di pratiche di competenza culturale, sembra richiedere l’attenzione alle dimensioni politiche e strutturali che determinano le disuguaglianze e la relazione fra i servizi e l’utenza di diversa origine. Dal punto di vista delle strategie organizzative, la letteratura sempre più porta a concepire lo sviluppo di pratiche di competenza culturale attraverso un approccio sistemico che considera i diversi livelli organizzativi, e allargandosi al contesto più ampio, guarda all’interdipendenza con i fattori politici e sociali in cui le organizzazioni sono inserite.

Alcuni framework pongono la partecipazione con l’utenza e la comunità come elemento centrale della CC: il tema della partecipazione dell’utenza e della relazione degli stakeholder è emerso come principio di sviluppo delle pratiche CC, insieme all’importanza di tutelare nell’organizzazione l’integrazione fra le pratiche manageriali e le pratiche dei servizi e dei professionisti a favore del supporto. Tuttavia, gli studi e le pratiche dei servizi appaiono focalizzate sul livello formativo e meno esplorate sono le pratiche organizzative, in particolare, le pratiche che intervengono sul sistema esterno (azioni di advocacy, collaborazioni interorganizzative sui determinanti sociali).

Guardando ai diversi approcci che caratterizzano la CC e ridefinizioni, riprendendo Hankivsky (2014), si può evidenziare il passaggio da un approccio unitario alla diversità, che usa una sola categoria della differenza (i.e la differenza culturale), ad un approccio multiplo che aggiunge fattori di differenza fino a giungere ad un approccio intersezionale che considera le reciprocità dei fattori di differenza. In Europa tale passaggio si evidenzia come un abbandono del termine competenza culturale per promuovere “equità” e “sensibilità alle differenze”.

Contrastare le disuguaglianze per migranti e minoranze etniche richiede di tenere conto di aspetti individuali, culturali e sociali alla base delle barriere alle cure e che determinano “diversi” bisogni, mentre il dibattito è attraversato da alcune controversie che indicano la difficoltà di trovare un punto di equilibrio che permetta di massimizzare i vantaggi e minimizzare gli svantaggi delle diverse posizioni, senza cadere in trappole dicotomiche. Una dicotomia che attraversa il dibattito attuale sulla CC è quella che contrappone l’approccio focalizzato ai bisogni individuali, piuttosto che a quelli legati all’appartenenza ai gruppi sociali (Seeleman *et al*, 2015). Infatti, l’approccio che pone enfasi alle caratteristiche collegate all’appartenenza socio-culturale, se da una parte permette di riconoscere le specificità dei bisogni di salute dei migranti, rischia di non essere efficace, rinforzando stereotipi e stigmatizzazione collegate all’appartenenza culturale, sia alla costruzione dell’altro come vulnerabile. Al contrario un approccio individualistico legato al concetto di centratura sulla persona, nel suo estremo, può condurre ad una sottovalutazione delle differenze che non favorisce il riconoscimento delle disuguaglianze legate all’appartenenza a gruppi sociali. Discorso simile vale per il focus sui bisogni culturali. Ma mettere in luce i rischi della cultura, allo stesso tempo, non vuol dire abbandonare tout-court il concetto. Come sostenuto da Ingleby è necessario trovare una via di compromesso (2011, p. 236):

“Between the “static” and the “dynamic” views of culture a pragmatic middle way has to be found. Migrant cultures are undoubtedly more complex than the “textbook” approach suggests; nevertheless, migrants are likely to appreciate a health worker who knows and respects their traditions and shows an informed interest in their country of origin. In addition, although a huge variety of cultural and ethnic groups can be found across Europe, large migrant communities tend to gravitate to specific locations, making it possible for service providers to focus on the needs of particular groups without necessarily pigeon-holing them into rigid stereotypes”.

Il dibattito non solo investe l'uso della cultura ma si allarga, quindi, alla possibilità dell'uso delle categorie sociali e al rischio che il loro utilizzo conduca a forme di discriminazione. Sembra interessante la proposta di Ingleby⁶ di utilizzare il termine “underserved” per definire i gruppi destinatari di interventi a favore dell'equità per sottolineare che la diversità, non è una caratteristica ascrivibile all'individuo ma è “inerente alla relazione fra gli utenti del servizio e l'organizzazione” (Cattacin *et al.*, 2013). Il tema della categorizzazione tocca un punto centrale della logica dei servizi: quello della standardizzazione. Dal punto di vista della logica organizzativa, la standardizzazione rappresenta la soluzione al problema delle differenze e il meccanismo da adottare per segmentare l'utenza in categorie omogenee e facilitare il coordinamento. Dal punto di vista della logica della fruizione dei servizi, la standardizzazione permette da un lato di garantire l'eguaglianza di trattamento, dall'altro si pone come ostacolo al rispetto dell'unicità della domanda dei clienti (Bruni, Fasol e Gheradi, 2007). La seconda dicotomia, infatti, che attraversa il dibattito sulla competenza culturale vede, secondo Seeleman *et al.*, (2015) la contrapposizione fra discriminazione e sensibilità alle differenze, ovvero la contrapposizione fra il principio di uguaglianza e il principio dell'equità. Il primo richiede che i pazienti siano trattati allo stesso modo, il secondo prevede di differenziare fra i pazienti se rilevante per migliorare il processo di cura. Se tale dilemma si presenta con tutti i pazienti (Hogget, 2006), si è visto, in particolare, che in caso di pazienti migranti la paura di discriminare o di essere accusato di discriminazione (legata al rischio di “cultural mistakes”) può portare a preferire un approccio egualitario che può condurre ad un trattamento inadeguato. Sembra quindi difficile sia a livello di definizione dell'approccio che in quello delle scelte pratiche capire quando porre enfasi sulla differenza e quando no. Benché si sia portati a leggere il tema in termini dicotomici, gli antropologi hanno proposto di considerare la diversità come una dialettica fra universale e particolare che indica che i gruppi sociali sono attraversati da caratteri di somiglianza e differenza costruiti nelle relazioni storico-sociali, gli psicologi dell'organizzazione hanno sottolineato che la tensione fra l'universalismo e il particolarismo è irrisolvibile e inerente alla natura conflittuale dei servizi : *“The problem for the public official is precisely that s/he must be both a universalist and a particularist at the same time”* (Hogget, 2006 p. 180). Seeleman *et al.*, (2015) suggerisce di approfondire il tema della discriminazione nell'assistenza come via per sostenere le organizzazioni nell'affrontare questo dilemma. Tuttavia, diversi studi riportati nell'analisi qui svolta hanno messo in mostra la difficoltà dei servizi nel porre al centro tale tema. Dal punto di vista organizzativo, poichè le differenze e le disuguaglianze sono il frutto di processi

⁶ Si specifica che tale opinione è stata espressa nella comunicazione orale parte del convegno “La globalizzazione della salute mentale: un progetto neoliberale” tenutosi a Torino il 16 Ottobre 2016, ma non ritrovata in successive pubblicazioni scientifiche.

relazionali, da ricercare nelle pratiche interattive e discorsive della vita organizzativa quotidiana (che sono in relazione con il contesto socioculturale più ampio), la cultura organizzativa e le pratiche di servizio diventano elemento chiave per capire in che modo i servizi, a secondo della propria idea di diversità, elaborano le proprie “soluzioni ottimali” a fronte dei dilemmi evidenziati.

L’analisi della letteratura ha messo in evidenza studi che hanno approfondito la letteratura attraverso l’analisi sistematica, o l’analisi comparativa delle politiche e dei framework proposti, dall’altra, in modo minoritario si sono interrogati i professionisti attraverso delphi o interviste (Alizadeh e Chavan, 2016). Carente è il focus manageriale rispetto a quello professionale, che appare essere di rilievo se, come illustrato, un approccio organizzativo alla CC risulta essere maggiormente efficace nel miglioramento di accessibilità e qualità delle cure. Restano pertanto da approfondire come le prospettive del management sostengano valori e pratiche connesse al tema della diversità, e i fattori che facilitano l’integrazione delle CC nelle pratiche di gestione organizzativa e nell’implementazione. (Aries, 2004; Dogra *et al.*, 2009; Irizarry e Gallant, 2006; Dotson e Nuru-Jeter, 2013). Infine, si è mostrata l’utilità di indagare in modo sistematico le barriere e i facilitatori all’implementazione.

Sulla base dell’analisi della letteratura compiuta sembra utile assumere una prospettiva intersezionale del costrutto, a cui accostare una prospettiva sistemica, che vede la CC come interazione di fattori macro, meso e micro-organizzativi, e pone al centro il tema della partecipazione dell’utenza e della comunità, avendo come obiettivo la promozione dell’equità (Fung *et al.*, 2012).

CAPITOLO 2.

LA RICERCA. L'IMPLEMENTAZIONE DELLE STRATEGIE DI COMPETENZA CULTURALE E SENSIBILITÀ ALLE DIFFERENZE NEI SERVIZI SANITARI, CON UN'OTTICA MULTILIVELLO: OBIETTIVI, DISEGNO DI RICERCA E METODO

2.1 Introduzione

L'analisi della letteratura ha permesso di definire alcuni nodi critici relativi allo studio della competenza culturale, quale modello organizzativo capace di contrastare le disuguaglianze sanitarie per migranti e minoranze etniche.

Un primo punto riguarda l'eterogeneità di definizioni e framework. Abbiamo visto che questo è dovuto in parte all'origine geografica dei framework, in parte alle evoluzioni concettuali nei riguardi della cultura e della diversità. Dal punto di vista teorico le diverse prospettive hanno punti di forza e di debolezza nell'indirizzarsi al problema delle disuguaglianze. Tuttavia, si riscontra una generale convergenza per un orientamento complesso alla diversità che sia capace di tener conto di come gli aspetti individuale, sociali e culturali interagiscono per determinare condizioni di salute e l'accesso e l'uso dei servizi.

Secondo punto emerso dall'analisi della letteratura in merito allo sviluppo dei servizi è la necessità dell'uso di un'ottica sistemica, che considera l'interconnessione tra i livelli macro-meso-micro e che faciliti la comprensione dei processi di implementazione di strategie e interventi orientati all'equità e alla competenza culturale nei servizi sanitari. Soprattutto sono emersi come principi chiave la logica organizzativa che una logica partecipativa di co-produzione dei servizi e delle politiche.

Visto che si può trovare un generale accordo sulla definizione delle aree organizzative da tutelare e delle strategie CC per ridurre le disuguaglianze sanitarie, ma permane il problema di una carente implementazione sistemica, l'attenzione si sposta dal "cosa è efficace" al "come". Riprendendo Langhout e Thomas (2010), la ricerca delle "*best practice*", cioè delle procedure migliori che possono essere generalizzate ed esportate in diversi contesti, può essere compresa piuttosto come ricerca dei "*best processes*". L'assunzione di fondo è che la conoscenza prodotta in un contesto non possa essere totalmente trasferita in altri setting e l'obiettivo diventa quello di comprendere, attraverso "*Thick Description*", quali sono i processi che assicurano che gli interventi siano contestualmente e culturalmente appropriati. In questo senso diventa interessante indagare le variabili di processo quali le barriere, le leve all'implementazione e alla sostenibilità delle strategie.

Nel capitolo è presentata la ricerca, descrivendone obiettivi e le scelte metodologiche; è presentato il disegno di ricerca e gli studi che lo comprendono. Precede questa parte, quale premessa alla ricerca, una breve introduzione sullo sviluppo dei servizi sanitari secondo un orientamento "migrant-sensitive" nel contesto italiano dove è stato realizzato lo studio.

2.1.1 Servizi CC, equi e sensibili alle differenze: un breve quadro sul contesto italiano

L'Italia ha sviluppato a partire dagli anni '90 risposte specifiche a livello nazionale e regionale per la promozione della salute delle persone di origine straniera e la regolamentazione dell'accesso legale ai servizi sanitari attraverso un impianto universalistico. Recentemente prova a tracciare un quadro complessivo sul contesto italiano lo studio MIPEX (2015) che ha comparato le politiche sull'immigrazione di 38 Paesi. Esso colloca l'Italia al sesto posto per le sue politiche sanitarie riportando, al tempo stesso, la scarsa uniformità e strutturalità su tutto il territorio nazionale di politiche e buone pratiche implementate. Sono state riconosciute misure inclusive per quanto riguarda il diritto all'accesso di migranti regolari e irregolare, misure per favorire l'accesso e la competenza culturale nei servizi (i.e. divieto di segnalazione dei migranti irregolari da parte delle strutture sanitarie, mediazione culturale, interpretariato, interventi informativi e di educazione alla salute), ma è stata anche rilevata l'assenza di linee-guida per la formazione dei professionisti e una instabilità nel coordinamento delle politiche nazionali, visibile, per esempio con la destituzione della Commissione ministeriale "salute e immigrazione" costituitasi nel 2006. Precedenti ricerche nazionali hanno mostrato che circa la metà delle Regioni presenta un livello alto di attenzione al tema nelle politiche per la salute e le iniziative per migliorare il monitoraggio dei dati, l'accesso ai servizi, gli interventi strutturali o formativi, nonostante la presenza di eccellenze, restano non sistematicamente diffuse (Geraci *et al.*, 2010; Rinaldi *et al.*, 2013).

A livello nazionale il Ministero si è dotato dell'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà (INMP). L'Istituto ha tra i suoi principali obiettivi istituzionali il perseguimento dell'equità nella salute attraverso la produzione di evidenze scientifiche, la realizzazione di attività di ricerca epidemiologica e la sperimentazione di modelli assistenziali utili all'elaborazione di possibili strategie efficaci da proporre ai vari livelli del sistema socio-sanitario. Per esempio, fra le più recenti azioni ci sono la produzione di linee-guida nazionali sui controlli sanitari di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza e la collaborazione alla prima pubblicazione sistematica sullo stato di salute della popolazione straniera e il volume "L'Italia per l'equità" (Petrilli *et al.*, 2017; Marisola *et al.*, 2017).

Per quanto riguarda le politiche nazionali sull'accesso nella legislazione ordinaria, segna una svolta nella giurisprudenza italiana, fino ad allora estremamente frammentaria, la legge 40 del 1998, confluita poi nel D.Lgs. 286 del luglio 1998, dal titolo "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione di stranieri" con il quale si è voluto assicurare un'impostazione stabile e chiara alla tematica dell'assistenza dei migranti. Inoltre, a rafforzare quanto emanato a livello legislativo, per la prima volta la salute degli stranieri viene riconosciuta tra le priorità del servizio sanitario nazionale facendo parte del Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 (approvato con il P.R. del luglio 1998). L'obiettivo dell'impianto legislativo è quello di includere a pieno titolo gli immigrati in condizione di regolarità giuridica nel sistema dei diritti e doveri per quanto attiene l'assistenza sanitaria a parità di condizioni e pari opportunità con il cittadino italiano⁷. Per gli stranieri irregolari sono garantite le cure

⁷ In particolare, hanno l'obbligo di iscriversi al SSR, anche i minori, coloro in possesso di permesso di soggiorno per ragioni di studio e le donne in stato di gravidanza e di puerperio (fino a 6 mesi dalla nascita del figlio). Inoltre, la copertura sanitaria spetta anche ai familiari regolarmente soggiornanti e nuovi nati sul suolo italiano.

ambulatoriali e ospedaliere urgenti o comunque essenziali⁸, ancorché continuative, per malattia e infortuni e i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva. Viene prevista l'assegnazione di un codice STP (straniero temporaneamente presente) che identifica l'assistito per tutte le prestazioni previste e il comma 4 prevede che siano erogate "senza oneri a carico dei richiedenti qualora privi di risorse economiche sufficienti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parità con i cittadini italiani". Sono escluse la medicina di base e l'assegnazione al medico di medicina generale e permangono alcune criticità sull'interpretazione della normativa (es. la definizione di cure essenziali)⁹. L'iscrizione al SSN di minori stranieri irregolari è stata sancita nel 2017 con la pubblicazione dei nuovi Livelli essenziali di assistenza - LEA (Supplemento ordinario n. 15), grazie alla quale i minori stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, sono iscritti al Servizio sanitario nazionale ed usufruiscono dell'assistenza sanitaria in condizioni di parità con i cittadini italiani (es. accesso al pediatra di base) (articolo 63, comma 4).

Inoltre, un altro progresso per l'applicazione della normativa per la tutela del diritto è segnato dall'accordo Stato-Regioni-PA (prot. n. 255/CSR) e dall'adozione del documento "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e PA" che ha l'obiettivo di promuovere l'uniformità interpretativa a livello nazionale. Tuttavia, nonostante la presenza di politiche inclusive, la ricerca mostra disomogeneità nell'applicazione dell'accordo a livello regionale e come segnalato dalla Società di Medicina delle Migrazioni (SIMM), Associazione Italiana di Psicologia (AIP) e altre società scientifiche, il cosiddetto "Decreto Sicurezza" (L. 132/2018) rischia di avere un impatto molto negativo sulle possibilità di tutela della salute individuale di migranti e della salute collettiva. Sia l'abrogazione del permesso di soggiorno per motivi umanitari, che porta ad un maggiore tasso di irregolarità, che l'abrogazione del sistema SPRAR (Sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati), sono politiche che conducono ad una maggiore vulnerabilità dei migranti in termini di salute.

Se si guarda alle disposizioni per lo sviluppo organizzativo in un'ottica di sensibilità alle differenze, come notano Baglio e colleghi (2019) non sono molti gli atti formali a livello nazionale in cui si parla esplicitamente di "Competenza Culturale" come di una dimensione organizzativa che richiede un riorientamento dei servizi. Il primo documento in cui si discute di competenza culturale (anche se non si utilizza quest'etichetta) è redatto dal CNEL nel 2000, e solo nel 2010 viene pubblicata una versione aggiornata del testo a seguito di un progetto coordinato dall'ISS che titola "Per un sistema socio-sanitario culturalmente competente, equo e di qualità" (Geraci *et al.*, 2010). Qui si trova il riferimento all'investimento nella formazione, nell'analisi dei dati e bisogni di salute, nell'accessibilità (es. orario dei servizi), nell'utilizzo della mediazione, nella multidisciplinarietà e nel "lavoro di rete".

Più recentemente si trovano indicazioni in merito, nel Piano d'azione salute per e con le comunità rom, sinti e caminanti del Ministero della Salute, nelle linee-guida nazionali sulle vittime di violenza intenzionale e tortura e nel documento l'Equità per l'Italia.

⁸ Per cure urgenti si intendono le cure che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona. Per cure essenziali si intendono le prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita (complicanze, cronicizzazioni aggravamenti).

⁹ Per approfondimenti si veda la pubblicazione di Corsi (2019) reperibile online: http://www.regione.emilia-romagna.it/affari_ist/rivista_1_2019/Corsi.pdf

2.2 La ricerca

Si propone con questa ricerca di promuovere una riflessione critica sulle politiche, sui processi organizzativi e sulle pratiche professionali pensati per rispondere ai bisogni dell'utenza con un background migratorio o di "diversa origine" e di contribuire al dibattito sulle controversie rispetto agli approcci relativi alla competenza culturale.

2.2.1 La domanda generale e gli obiettivi

La principale domanda di ricerca è come viene implementata la competenza culturale nei servizi sanitari nel contesto italiano. Poiché gran parte della ricerca è stata svolta in Nord America o in Australia, è ragionevole mettere in discussione la rilevanza dei risultati per il contesto nazionale ed approfondire eventuali specificità.

Questo progetto mira a contribuire alla comprensione delle condizioni organizzative che influenzano l'implementazione e la diffusione della sensibilità alla diversità dei servizi sanitari, usando una prospettiva multilivello.

L'obiettivo è coniugare interessi di ricerca sul costrutto di competenza culturale di ordine epistemologico e metodologico e approfondire le condizioni organizzative che rendono sostenibile l'implementazione delle pratiche. Rispetto alla maggior parte della letteratura, si propone un'analisi del costrutto "dal basso" (dal punto di vista degli attori organizzativi) con un'ottica sistemica. Questo studio, pertanto mira ad approfondire le pratiche dei servizi sanitari per sviluppare la competenza culturale, in particolare esplorando le strategie di commitment organizzativo e di partecipazione dei migranti e della comunità.

Secondo un approccio sistemico alla competenza culturale, l'obiettivo è indagare la prospettiva dei vari stakeholder organizzativi e i fattori del sistema, tra cui le politiche regionali, di sostegno o di ostacolo all'implementazione. L'obiettivo è quello di esplorare non solo "ciò che funziona", ma anche dove e perché (Damschroder *et al.*, 2009). La ricerca, infatti si prefigge di esplorare fattori contestuali che influenzano l'erogazione e l'implementazione nell'assistenza sanitaria, considerando l'interazione tra intervento e "setting". Si fa riferimento quindi ai concetti di barriere e facilitatori intesi come i fattori che inibiscono o promuovono l'implementazione degli interventi o politiche nei servizi sanitari.

2.2.2 Il disegno di ricerca

Lo studio, volto a esplorare l'implementazione nei servizi sanitari di pratiche CC, ha un disegno di ricerca qualitativo multilivello comprendente: a) analisi delle politiche sanitarie, attraverso analisi documentale e interviste ai testimoni privilegiati; b) studi di caso, secondo la metodologia dello studio di caso multiplo che esamina dettagliatamente il contesto e le caratteristiche di due o più casi con l'obiettivo di scoprire contrasti, somiglianze o modelli tra i casi (Yin, 2005).

Il disegno di ricerca, la scelta dei metodi di raccolta e l'analisi dei dati sono stati guidati da un approccio teorico che enfatizza le connessioni fra il livello macro, meso e micro, ovvero tra il

livello delle politiche, delle pratiche manageriali e delle pratiche professionali. Facendo riferimento alla definizione di Fung e colleghi (2012), citata nel primo capitolo (vedi. par. 1.3), il livello meso considera due dimensioni: le pratiche manageriali organizzative/istituzionali e le pratiche manageriali del Servizio. Una tipologia di dati è “nidificata” all’interno di un’altra per approfondire le connessioni tra i livelli. Il contesto macro è stato definito come il contesto regionale e nello studio il confronto sulle politiche sanitarie regionali, il loro coordinamento e diffusione dà una cornice interessante per l’indagine delle pratiche CC nei diversi contesti organizzativi.

La ricerca, quindi, è stata condotta in tre Regioni italiane (Emilia-Romagna, Toscana e Piemonte) ed in ogni contesto regionale lo studio ha coinvolto i seguenti livelli di analisi come da Fig.2.

- **Livello Macro:** in ogni contesto regionale è stata condotta un’analisi dei documenti delle politiche sanitarie regionali e interviste semi-strutturate a diversi stakeholder sulla percezione delle politiche e della loro implementazione nei servizi sanitari regionali.
- **Livello Meso-Organizzativo e Meso-servizio e Micro:** in tutte e tre le Regioni è stato condotto uno studio di caso in un servizio sanitario pubblico coinvolgendo figure manageriali collegate al tema della competenza culturale nell’organizzazione (livello meso-organizzativo). In ogni organizzazione è stato selezionato un servizio considerato di “buone pratiche”, dove sono state svolte interviste individuali e/o di gruppo ai responsabili del servizio e agli operatori (rispettivamente livello meso-servizio e micro); Lo studio mira non solo quindi all’analisi di atti formali ma mira all’esplorazione dei processi collegati all’implementazione delle politiche nelle realtà locali.

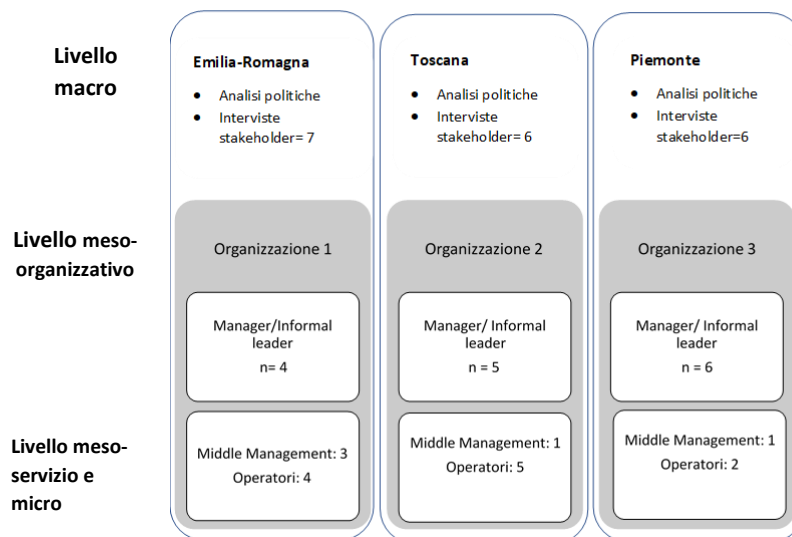


Figura 2. Sintesi del disegno di ricerca

La scelta delle tre regioni è stata subordinata all'individuazione dei servizi sanitari coinvolti nello studio di caso, secondo criteri definiti - commitment visibile su CC ed equità e raggiungibilità - nell'idea di studiare l'implementazione di pratiche CC in contesti altamente informativi e in un'ottica sistemica (vedi par. 2.5.3). Tuttavia, è importante notare che i tre contesti regionali si caratterizzano per l'alta presenza di popolazione straniera residente, con un'incidenza della popolazione straniera sopra la media nazionale. Nel 2018, anno di inizio della ricerca, l'Emilia-Romagna è la prima regione per tasso di incidenza di popolazione straniera (europea ed extraeuropea) sul totale della popolazione residente (11, 9%); la Toscana la quinta regione con il 10,7% di incidenza, mentre il Piemonte risulta la settima regione con un tasso di incidenza del 9,5%. Inoltre, studi precedenti avevano messo in luce, la buona qualità delle politiche regionali nelle tre Regioni (Geraci *et al.*, 2010).

Tale approccio "multilivello" si adatta bene al metodo dello studio di caso che mira all'esplorazione di un particolare fenomeno nel suo contesto naturale. Quindi, in questa ricerca, è stata condotta un'analisi comparativa dettagliata degli approcci all'implementazione della CC, considerando i diversi contesti sociali e politici e la differente organizzazione dei sistemi sanitari regionali. Le organizzazioni che compongono lo studio di caso multiplo sono state identificate attraverso diverse fonti (fonti documentali e il coinvolgimento di key informants) come contesti con un commitment esplicito alle pratiche di competenza culturale e sensibilità alle differenze. La raccolta dei dati a questo livello ha riguardato l'identificazione degli approcci, delle politiche organizzative e delle pratiche nell'organizzazione orientate alla riduzione di barriere d'accesso e alla qualità per l'utenza con un background migratorio.

Tramite la ricerca si vogliono tenere in considerazione le relazioni tra gli orientamenti dichiarati sullo sviluppo dei servizi verso modelli di equità, sensibilità alle differenze e competenza culturale nelle politiche locali e le rappresentazioni di figure ai livelli apicali dell'organizzazione e del personale front-line.

Di seguito saranno presentati gli aspetti metodologici della ricerca relativi al livello macro: è descritta la parte dello studio dedicata all'analisi documentale e successivamente la parte dello studio sulla percezione delle politiche sanitarie, svolto tramite interviste. Il capitolo termina con la descrizione del metodo dello studio di caso comparativo nei servizi sanitari.

2.3 Livello macro. Competenza culturale, equità e sensibilità alle differenze: l'analisi dei documenti delle politiche sanitarie

2.3.1 Obiettivi e metodo

L'obiettivo dell'analisi è esplorare e comparare come le politiche sanitarie regionali di Emilia-Romagna, Toscana, Piemonte affrontano il tema delle disuguaglianze sanitarie dei migranti, dell'equità e della competenza culturale nello sviluppo dei servizi socio-sanitari. In particolare, lo studio vuole analizzare gli approcci, le priorità e le strategie CC e di equità, con particolare attenzione alla tutela e alla promozione di pratiche partecipative e di commitment organizzativo.

Le differenze sul territorio nazionale nelle modalità e nei livelli di implementazione di pratiche CC e di equità richiedono, infatti, di approfondire il ruolo delle politiche sanitarie nel favorire l'implementazione di tali strategie nelle pratiche dei servizi. Le politiche regionali possono giocare un ruolo fondamentale nello sviluppo e nella diffusione di pratiche CC nei servizi, definendone priorità e strategie (Dogra *et al.*, 2009; Grant *et al.*, 2013). Le politiche, infatti, definiscono risorse, finanziamenti e outcome per il sistema sanitario. Esse si costituiscono come determinanti della salute interagendo a più livelli di implementazione (Grant *et al.*, 2013). Inoltre, le politiche, secondo la teoria della costruzione sociale (Pierce *et al.*, 2014), possono modellare le rappresentazioni dei problemi, contribuendo a definire i concetti e i modelli organizzativi e strategici. Nella letteratura internazionale si possono ritrovare recenti esempi di analisi delle politiche sanitarie sul tema della CC (Grant *et al.*, 2013) e di politiche sanitarie di promozione dell'equità (Newman *et al.*, 2006; Pinto *et al.*, 2012). Grant *et al.*, (2013) hanno messo in evidenza l'uso ambiguo del concetto di competenza culturale nelle politiche sanitarie australiane, la carenza di chiari riferimenti in termini strategici e la contraddizione tra il principio del rispetto della diversità culturale e il principio dell'universalismo. Le analisi comparative di Newman *et al.*, (2006); Pinto *et al.*, (2012) hanno permesso di evidenziare concezioni differenti a supporto dell'equità in base ai contesti locali, l'investimento su priorità specifiche e messo in mostra la diversa capacità di tradurre gli orientamenti in piani e azioni valutabili.

Per esplorare come le politiche affrontano il tema della competenza culturale nei servizi sanitari, si è scelta l'analisi del piano sanitario regionale, in sintonia con analisi precedenti (vedi Palestini *et al.*, 2012; Geraci *et al.*, 2010), poiché rappresenta il più importante documento di programmazione dei servizi sanitari regionali, delineando gli obiettivi strategici del sistema dei servizi, definendo le sue forme di regolazione e fornendo indicazioni per la sua valutazione.

Precedenti ricerche nel contesto italiano avevano messo in luce la presenza di politiche inclusive nelle tre Regioni e la presenza di azioni volte alla formazione degli operatori e alla mediazione culturale nei servizi sanitari (Geraci *et al.*, 2010; MIPEX, 2015). A distanza di anni è apparso quindi interessante analizzare tali documenti, guardando in particolare agli approcci sottostanti e all'attenzione posta alle pratiche di commitment organizzativo e alle pratiche partecipative per promuovere competenza culturale.

2.3.2 Unità di analisi e Analisi

È stata realizzata un'analisi di documenti dei piani sanitari regionali vigenti nell'anno 2018. Sono stati analizzati: i piani Socio-Sanitari del 2012-2015 del Piemonte e della Toscana e il Piano

Socio-Sanitario del 2018-2021 dell'Emilia-Romagna. I documenti sono stati analizzati con un approccio misto induttivo e deduttivo utilizzando un framework adattato dalla letteratura internazionale con un particolare riferimento al lavoro di Grant e colleghi (2013) e Mladovsky (2009) e rivisitato secondo gli scopi di ricerca (Tab. 4).

Il framework mira ad analizzare gli approcci e le strategie che sostengono le strategie dei servizi sanitari a favore della competenza culturale e la riduzione delle disuguaglianze sanitarie per le persone di origine straniera. È esplorato l'uso di termini chiave (equità, competenza culturale, disuguaglianze) e la descrizione dei problemi sanitari e dei gruppi e sottogruppi verso cui sono rivolte le politiche. Per analizzare le strategie si è guardato il riferimento agli interventi promossi per lo sviluppo dei servizi e alla presenza di riferimenti alle strategie di partecipazione e di commitment organizzativo. Nell'analizzare i documenti si è cercato di determinare se la promozione dell'equità e la tutela della salute degli stranieri fosse un valore centrale per le politiche e se i documenti usassero un linguaggio coerente con una visione della CC e della sensibilità alle differenze come strategie sistemiche di riduzione delle disuguaglianze. Quindi, si è esaminata la traduzione dell'impegno verso la riduzione delle disuguaglianze nella definizione di strategie ad hoc nei servizi sanitari. I piani socio-sanitari selezionati per ogni regione sono stati analizzati singolarmente per ogni area definita e successivamente comparati.

Tabella 4. Analisi dei documenti: Framework di analisi	
APPROCCIO	
▪	I termini equità, disuguaglianze, competenza culturale sono presenti e definiti esplicitamente?
▪	Quali sono i gruppi di popolazione target?
▪	Quali sono i problemi di salute target?
STRATEGIE	
▪	Quali sono le strategie di implementazione per lo sviluppo dei servizi?
▪	Sono presenti strategie di partecipazione?
▪	Sono presenti strategie di commitment organizzativo?

2.4 Livello macro. Le politiche regionali su competenza culturale, equità e sensibilità alle differenze: la percezione degli stakeholder

2.4.1 Obiettivi e metodo

Lo studio mira ad esplorare la percezione di stakeholder delle politiche di salute per la promozione della salute dei migranti e lo sviluppo di servizi sensibili alla diversità, con un focus particolare sulla partecipazione delle persone di origine migrante alla produzione delle politiche e allo sviluppo dei servizi sanitari.

L'analisi degli atti formali fornisce informazioni limitate per comprendere i processi che facilitano la partecipazione nella produzione delle politiche e l'attuale diffusione e implementazione di pratiche per servizi "migrant-sensitive". Gli stakeholder, invece, sono un'importante fonte di informazioni nella ricerca sanitaria, fornendo prospettive critiche e nuove intuizioni sui complessi determinanti della salute (Shiller *et al.*, 2013). Il concetto di politiche sanitarie, d'altronde, è da intendersi con una prospettiva multilivello che mette in luce la

complessa interdipendenza di molteplici stakeholder che possono contribuire alla promozione dell'equità e allo sviluppo dei servizi sanitari affinché siano sensibili alle differenze, fra i quali un ruolo fondamentale rivestono le persone con un background migratorio (Ingleby, 2012). Le politiche socio-sanitarie sono il prodotto dell'azione di molteplici attori, coinvolti a più livelli come le agenzie e le autorità internazionali, nazionali, regionali, i professionisti e manager sanitari, ricercatori, le organizzazioni sanitarie e le associazioni no-profit. In particolare, è stato messo in evidenza come le politiche per la salute delle persone di origine straniera siano il frutto di azioni di attori "istituzionali" e "non-istituzionali": le associazioni del Terzo Settore hanno un ruolo importante per le politiche sanitarie svolgendo azione di advocacy, colmando le lacune del servizio pubblico, creando sinergie virtuose (Perna, 2018).

In ognuna delle tre Regioni, attraverso interviste ai testimoni privilegiati gli obiettivi specifici della ricerca sono stati:

1. Esplorare la percezione delle attuali politiche sanitarie regionali per promuovere l'impegno organizzativo a favore dell'equità nelle cure e nell'accesso e dei processi partecipativi.
2. Indagare la presenza di meccanismi partecipativi nella produzione delle politiche.
3. Esplorare la percezione dell'implementazione di queste politiche nei servizi sanitari locali, identificando barriere all'implementazione e azioni/aree di miglioramento per favorire lo sviluppo di servizi CC nel contesto regionale.

2.4.2 Campione

È stato scelto un campionamento "mirato", sia con l'obiettivo di coinvolgere persone con conoscenza, esperienza e "volontà" di partecipare alla ricerca (Palinkas *et al.*, 2015) sia con l'obiettivo di riflettere l'eterogeneità degli attori coinvolti nelle politiche di salute per la promozione dell'equità. Nello studio sono state coinvolte persone con esperienza specifica sulle politiche sul tema dell'accesso e dell'utilizzo dei servizi sanitari dei migranti nella Regione, appartenenti a diversi gruppi: membri di associazioni di advocacy per la salute dei migranti e con incarichi nel mondo accademico, personale dei servizi sanitari del livello manageriale o con ruoli Regionali. Per selezionare i partecipanti si è utilizzato sia un "campionamento a valanga" chiedendo ai primi partecipanti di indicare persone con conoscenze ed esperienze specifiche sul tema oggetto della ricerca, sia un reclutamento mirato consultando per esempio il *sitoweb* del sistema sanitario regionale, per gli stakeholder "istituzionali". Sono state invitate a partecipare alla ricerca tramite un invito via mail e/o contatto telefonico 31 persone e il campione finale risulta di 19 partecipanti (n= 7 partecipanti in Emilia-Romagna; n= 6 partecipanti in Toscana e Piemonte).

Come è possibile notare, in Tab.5 si è reso evidente nel corso della ricerca che l'appartenenza ai gruppi, in alcuni casi, fosse multipla. Nel complesso il 42% dei partecipanti ha un incarico nei servizi sanitari pubblici regionali (livello regionale e manageriale) e il 58% è un membro o ha un ruolo professionale in un'organizzazione no-profit del terzo settore. La maggioranza del campione ha una professione nel campo medico (58%) e solo il 16% è di origine straniera. I partecipanti nelle tre Regioni con professioni nel servizio sanitario hanno esperienza specifica o ruoli formali collegati alla salute dei migranti o alla promozione dell'equità (es. referenti aziendali per la salute dei migranti, membri dei board aziendali dall'equità, responsabili di servizi ambulatoriali per migranti). Per quanto riguarda le organizzazioni no profit, molti dei partecipanti

sono membri della SIMM (Società Italiana Medicina delle Migrazioni), una società scientifica che ha un ruolo fondamentale a livello nazionale e locale nella promozione della salute delle persone straniere. Altre associazioni hanno carattere nazionale o locale ed offrono servizi socio-sanitari come ambulatori medici dedicati a stranieri e altri gruppi svantaggiati, interventi outreach per gruppi svantaggiati, collaborazioni con il servizio sanitario pubblico per le cure di soggetti vulnerabili, mediazione culturale e formazione per gli operatori (es. Caritas, MEDU- Medici per i Diritti Umani, CIAC-Centro Immigrazione Cooperazione Asilo, CCM - Comitato Collaborazione Medica, AMMI – Associazione Multietnica Mediatori Interculturali, OXFAM).

2.4.3 Strumento

Per indagare la percezione delle politiche sanitarie regionali e la loro implementazione nei servizi sanitari si è scelto di utilizzare un'intervista semi-strutturata (vedi Appendice). L'obiettivo primario dell'intervista è accedere alla prospettiva del partecipante, cogliendo le sue categorie concettuali e le sue interpretazioni della realtà (Kvale, 1983).

È stata predisposta una griglia di intervista volta ad esplorare la comprensione delle politiche rilevanti, i processi di implementazione e le barriere rilevate nel contesto del sistema dei servizi regionale.

Attraverso l'intervista si è voluto esplorare la percezione dei partecipanti dando spazio alla complessità dei fattori contestuali che agiscono sull'implementazione delle politiche sanitarie.

Le aree indagate attraverso la griglia di intervista sono state:

- Percezione delle politiche sanitarie regionali (percezione della priorità nelle politiche, capacità di sostenere i servizi verso modelli orientati alla competenza culturale e alla sensibilità alle differenze);
- Percezione della presenza di politiche che promuovono la partecipazione dei migranti e degli stakeholder;
- Presenza di meccanismi formali o informali di partecipazione per la produzione delle politiche regionali;
- Implementazione nei servizi sanitari (diffusione di pratiche CC nei servizi sanitari regionali, buone pratiche);
- Aree di miglioramento;
- Aree critiche, barriere all'implementazione e barriere ai processi partecipativi.

La maggior parte delle interviste (n= 14) sono state svolte tramite Skype o tramite intervista telefonica e in minima parte (n= 6) sono state svolte interviste faccia-a-faccia. In quasi tutti i casi è stata inviata precedentemente all'intervista una copia della griglia delle domande predisposte. La durata media delle interviste è stata di 75 minuti.

2.4.4 Analisi

Le interviste sono state trascritte verbatim e il materiale è stato sottoposto ad analisi tematica (Braun and Clarke, 2006). Per lo svolgimento della ricerca, ci si è serviti del supporto del software

QSR Nvivo14 (Versione 11). In particolare, il software è stato utilizzato per archiviare, gestire e organizzare le interviste durante il percorso di analisi; realizzare l'analisi iniziale delle codifiche.

Inizialmente il materiale trascritto è stato letto per familiarizzare con i dati e assegnare i primi codici già durante la fase di raccolta. I temi principali sono stati individuati deduttivamente rispecchiando gli obiettivi della ricerca e sono stati individuati anche attraverso la lettura e il confronto con la letteratura accademica rilevante. Codici assegnati induttivamente derivano da una lettura approfondita del materiale, che si è basata su un processo di analisi riga per riga. Come suggerito, per l'identificazione dei temi si è fatto riferimento ai criteri di "omogeneità interna" e "eterogeneità esterna", che richiedono coerenza fra i codici di un tema e una visibile distinzione fra i temi. L'analisi è stata sviluppata inizialmente sul materiale di ogni regione e successivamente modificata per individuare e omogeneizzare i codici di analisi in modo trasversale. I codici sono stati modificati, sviluppati e aggregati attraverso la lettura e rilettura del materiale trascritto. Nel processo di analisi si è fatto inoltre uso di tabelle per nominare e organizzare i codici per ogni regione e per, successivamente, comparare i dati nei tre contesti. Successivamente, i risultati dell'analisi sono stati scritti integrando l'analisi dei risultati con gli obiettivi della ricerca.

I risultati dell'analisi dei documenti regionali e delle interviste come qui sopra esposto sono presentati nel Capitolo Tre, che si focalizza sul livello macro delle politiche regionali e dell'implementazione a livello regionale.

Tabella 5. Partecipanti nelle tre Regioni			
	Stakeholder- Gruppo	Professione	Sigla
Emilia-Romagna			
1	ONG/associazione di advocacy per la salute dei migranti; Ricerca universitaria	Medico, ricerca accademica sui temi della salute globale	I.1
2	Servizi sanitari (Livello regionale)	Responsabile coordinamento regionale e Ricercatore scienze sociali	I.2
3	Servizi sanitari (membro del gruppo aziendale equità); ONG/associazione di advocacy per la salute dei migranti	Epidemiologo	I.3
4	Servizi sanitari, Responsabile servizio ambulatoriale per migranti	Medico	I.4
5	ONG/associazione di advocacy per la salute dei migranti; Ambulatorio medico	Medico	I.5
6	ONG/associazione di advocacy per la salute dei migranti	Medico	I.6
7	ONG/associazione di servizi e di advocacy per la salute dei migranti	Responsabile dell'ONG e Ricercatore (scienze sociali)	I.7
Toscana			
1	Servizi sanitari: coordinamento livello regionale; ONG/associazione di servizi e di advocacy per la salute dei migranti	Responsabile coordinamento regionale Ricercatore scienze sociali	I.8
2	ONG/associazione di servizi e di advocacy per la salute dei migranti	Ricercatore scienze sociali	I.9
3	ONG/associazione di servizi e di advocacy per la salute dei migranti	Assistente sociale	I.10
4	ONG/associazione di advocacy per la salute dei migranti; Ricerca universitaria	Medico, ricerca accademica sui temi della salute globale	I.11
5	ONG/associazione di servizi e di advocacy per la salute dei migranti	Coordinatrice locale dei progetti dell'associazione	I.12
6	Servizi sanitari, Referente aziendale migranti	Medico	I.13
Piemonte			
1	ONG/associazione di advocacy per la salute dei migranti; Servizi sanitari, regionale	Epidemiologo	I.14
2	ONG/associazione di advocacy per la salute dei migranti; Servizi sanitari	Medico	I.15
3	ONG/associazione - servizi socio- sanitari	Mediatore culturale	I.16
4	ONG/associazione - servizi socio-sanitari	Mediatore culturale	I.17
5	Servizi sanitari: servizio regionale di prevenzione	Medico	I.18
6	ONG/associazione di servizi e di advocacy per la salute dei migranti	Medico	I.19

2.5 Livello meso e micro. Prospettive sull'implementazione di pratiche CC, d'equità e sensibili alle differenze nei servizi sanitari. Lo studio di caso

2.5.1 Obiettivi

La ricerca è finalizzata ad indagare l'implementazione di pratiche dei servizi sanitari per migliorare l'accesso, la qualità delle cure e dei servizi erogati nei confronti di persone di origine immigrata e appartenenti a minoranze etniche.

Poiché la letteratura, nonostante l'importanza in essa riconosciuta di un approccio organizzativo per sostenere l'efficacia dell'implementazione di pratiche CC (Truong *et al.*, 2014), si è concentrata maggiormente sulla definizione delle competenze e sulle pratiche degli operatori, questa ricerca vuole indagare l'implementazione della CC con un approccio multilivello.

Dal momento che restano da approfondire come le prospettive del management sostengano valori e pratiche connesse al tema della diversità, e i fattori che facilitano l'integrazione delle CC nelle pratiche manageriali (Aries, 2004; Dogra *et al.*, 2009; Irizarry e Gallant, 2006; Dotson e Nuru-Jeter, 2013), ci si interessa ai processi del commitment organizzativo e alla loro relazione con le pratiche di implementazione ed erogazione dei servizi. La difficoltà di implementazione di processi partecipativi, unita alla loro importanza quale principio dell'implementazione, richiede un approfondimento per indagare strategie e prospettive che sostengono le organizzazioni in questo processo.

Inoltre, la letteratura internazionale mostra una molteplicità di definizione degli approcci e definizione della CC sia nelle proposte "teoriche" che fra i professionisti e i manager impegnati nei servizi sanitari. Appare quindi interessante esplorare, poiché non ancora indagato nel contesto italiano in modo sistematico, come le pratiche CC siano comprese dagli attori organizzativi.

La scarsa diffusione della CC solleva, infine, la questione di considerare come barriere e facilitatori del contesto intervengano nel favorire lo sviluppo di pratiche di equità. Più specificamente, gli obiettivi della ricerca sono stati definiti come di seguito.

- Indagare le pratiche dei servizi sanitari per sostenere l'equità nelle cure e la sensibilità alla diversità considerando la relazione tra modelli gestionali e pratiche cliniche e gli approcci sottostanti, tra livello macro e livello micro, con attenzione particolare ai fattori di integrazione tra i diversi livelli organizzativi. In particolare, si vogliono esplorare:
 - le pratiche di commitment organizzativo e di partecipazione, quali dimensioni fondamentali dell'implementazione della CC in un'ottica sistemica;
 - il ruolo della relazione fra commitment organizzativo e implementazione nel sistema di erogazione;
 - la relazione tra diverse prospettive verso l'impegno a favore dell'equità e della CC nell'organizzazione e pratiche professionali;
 - i fattori ostacolanti e facilitanti l'erogazione e l'implementazione delle pratiche sanitarie in ottica CC.

Sono stati, quindi, definiti obiettivi specifici per i diversi livelli professionali. Per il livello manageriale, differenziando per le specificità di gestione organizzative del top management e del middle management, gli obiettivi specifici sono stati quelli di esplorare:

- i significati attribuiti alla competenza culturale quale strategia aziendale e come è data priorità alla CC;
- come tale strategia informa le scelte in materia di governance, pratiche manageriali e, in particolare, quali sono le pratiche a sostegno del commitment organizzativo e della partecipazione;
- come la competenza culturale è integrata nella progettazione e nelle pratiche dei servizi;
- la percezione di facilitatori e barriere all'implementazione e all'erogazione dei servizi CC.

Coinvolgendo operatori del front-line, impegnati nell'erogazione dei servizi e a contatto diretto con l'utenza, l'obiettivo è stato quello di esplorare:

- i modi in cui è rappresentata la diversità e l'impatto sulla pratica professionale e come la CC si traduce in pratiche dei professionisti e del servizio;
- la percezione del supporto e dell'impegno organizzativo verso la CC e i suoi processi partecipativi;
- la percezione di facilitatori e barriere all'implementazione e all'erogazione dei servizi CC.

2.5.2 La metodologia

Lo studio di caso consiste in una metodologia di ricerca che si sviluppa come un'indagine dettagliata di fenomeni nel loro contesto, molto utilizzata negli studi organizzativi. Attraverso questa metodologia, il fenomeno non è isolato dal suo contesto, anzi l'interesse principale è capire come il comportamento e/o i processi sono influenzati e influenzano il contesto (Hartley, 2004). In particolare, lo studio multiplo, detto anche comparativo, mira all'analisi di contesti per evidenziare differenze e punti comuni su un fenomeno.

La ricerca è stata condotta nel corso del 2018-2019 in 3 organizzazioni sanitarie (2 ASL, 1 Azienda Ospedaliera) identificate - attraverso l'analisi di fonti secondarie e il coinvolgimento di key informants - per il loro investimento in pratiche a favore dell'equità, e rivolte in particolare all'utenza straniera.

Lo studio di caso è stato condotto con l'utilizzo di metodi qualitativi, ovvero attraverso l'uso di interviste individuali e di gruppo e l'uso dell'analisi documentale, coinvolgendo per le interviste personale a livello manageriale (meso-organizzativo), del middle management (MMG) e professionale (meso-servizio e micro), quest'ultimi due, appartenenti ad un servizio identificato all'interno delle aziende come contesto con un investimento specifico su pratiche CC.

2.5.3 La scelta delle organizzazioni

La scelta dei casi è particolarmente cruciale nella progettazione della ricerca secondo la metodologia dello studio di caso, per garantire contrasti e similarità illuminanti in tutti i contesti e processi (Hartley, 2004). In questa ricerca l'obiettivo non è esaminare l'implementazione della CC in tutti i servizi sanitari italiani, ma nei servizi con un approccio strutturale alla CC e con pratiche di commitment sviluppate. Tale idea può essere collegata all'approccio di Mertens (2005) citato da Keeton (2014) per il suo studio di caso su CC, che mira alla profondità delle informazioni piuttosto che all'ampiezza.

La scelta di selezionare organizzazioni con un alto commitment deriva dall'idea che tali contesti potessero essere più informativi dell'oggetto di studio, soprattutto per esplorare la relazione tra commitment organizzativo e pratiche professionali. Tale criterio è stato utilizzato anche per selezionare un servizio all'interno delle organizzazioni.

Per selezionare un contesto organizzativo che fosse rappresentativo dei processi alla base dello sviluppo della CC in un'ottica organizzativa sono stati definiti dei criteri di campionamento sia pragmatici, come la "raggiungibilità", che sostanziali (Swanborn, 2010). Sono state, quindi, selezionate organizzazioni: a) del settore pubblico b) che mostrassero un certo grado di commitment nell'investimento su pratiche di CC e orientate all'equità, come espresso dalla partecipazione a progetti nazionali o internazionali sul tema della CC, o come espresso da esperti del settore.

Per il campionamento delle organizzazioni si è fatto riferimento a diverse fonti. In una prima fase esplorativa, è stata consultata la banca dati AGENAS sui progetti di Empowerment del 2012 dove sono state identificate (8) aziende che avevano sviluppato progetti sui temi della CC e salute degli stranieri. Queste sono state contattate via mail e telefonicamente, dove presente il referente del progetto, per esplorare l'attuale commitment sui temi d'interesse. Delle due che hanno espresso disponibilità alla ricerca, una è entrata a far parte del campione finale: essa rappresenta l'azienda più raggiungibile e sui cui convergevano anche altre fonti.

Sono stati, inoltre, presi contatti con (4) key informants con expertise specifica sulla salute dei migranti, la CC e le pratiche di equità, per ottenere informazioni riguardanti servizi sanitari impegnati nella promozione della salute delle persone straniere. In aggiunta, sono stati consultati siti web del sistema sanitario regionale di ogni contesto per incrociare le informazioni raccolte.

Il processo di identificazione dei contesti organizzativi, usando le parole di un key informant, si è caratterizzato come un "raccogliere le briciole", poiché non è stato immediato riconoscere o individuare i contesti. È importante, tuttavia, sottolineare come questa prima fase abbia permesso di raccogliere informazioni significative sull'oggetto di ricerca, che sono state successivamente interrogate. Ovvero, sono state raccolte iniziali prove di una bassa diffusione o visibilità di un investimento strutturale sulla CC e sull'equità e sensibilità alle differenze nei servizi sanitari a favore di una maggiore presenza di una "personalizzazione" delle buone pratiche "parla con x, y".

Si riportano di seguito due note relative alla conversazione con due key informant in cui, per l'appunto, le organizzazioni che hanno investito sull'equità e sulla CC sono descritte come delle "mosche bianche".

"parlare di competenza culturale secondo criteri predefiniti si ha un numero estremamente esiguo di persone ...è ancora necessario costruire una sensibilità generale al tema, se tu parli con 10 direttori sanitari di ospedali presi a caso e gli chiedi cosa fate voi per i migranti, se va bene ti dirà abbiamo un servizio di mediazione linguistico culturale ... vanno sull'episodico non sul sistemico/strutturale... tu devi andare a cercare briciole che ti conducano fino alla credenza, se tu definisci a priori la credenza e dici chi ce l'ha... non la trovi, siamo ancora in una fase di alfabetizzazione".

"difficile trovare servizi che hanno il tema dell'equità come centrale ... potresti vedere chi ha fatto equity audit come criterio di campionamento dei casi ... delle mosche bianche".

2.5.4 Procedura e strategie di campionamento

In base alle informazioni raccolte, le tre aziende facenti parti dello studio sono le seguenti: 1 ASL in Regione Emilia-Romagna; 1 ASL in Regione Toscana; 1 Azienda Ospedaliera in Regione Piemonte.

Le organizzazioni sono state invitate a partecipare alla ricerca attraverso una mail contenente un documento con le informazioni sul progetto di ricerca e attraverso un primo contatto telefonico. Al livello meso, sono state svolte inizialmente le interviste con il livello manageriale. Fanno parte del campione figure manageriali e/o personale con responsabilità su progetti di CC nell'organizzazione (N tot= 14). In ogni organizzazione, in base all'indicazione dei primi partecipanti, sono state coinvolte persone con responsabilità formali o informali sulla CC e sull'equità nell'azienda.

Tramite le interviste a livello manageriale sono state individuati i servizi percepiti di “buone prassi” all'interno dell'organizzazione, che nelle due ASL corrispondono ad una sede dei servizi consultoriali aziendali, e nell'Azienda ospedaliera ad un Pronto Soccorso per le vittime di violenza sessuale.

Al livello meso del servizio, sono state svolte un'intervista individuale faccia a faccia con il/i responsabile/i del Servizio (N tot=5) e un focus group con un campione di operatori individuato sulla base della disponibilità dei partecipanti e dell'organizzazione (N tot=11). Si è scelto di coinvolgere personale appartenente alla stessa équipe per esplorare i significati condivisi collegati alla CC, secondo una prospettiva sistemica che vede le pratiche professionali in collegamento con le strutture organizzative. In accordo con i responsabili dei servizi coinvolti, nel campione si è cercato di rappresentare la multidisciplinarietà dell'équipe, che risulta, quindi, in termini di profili professionali, molto eterogeneo (TOT: ginecologhe = 4; ostetriche = 3; psicologa = 1; assistente sociale = 2; mediatrice culturale = 1).

Il coinvolgimento di più posizioni è stato perseguito nell'idea di raccogliere non solo una molteplicità di esperienze e prospettive, e raggiungere quindi una comprensione più approfondita dei fenomeni oggetto di studio, ma anche per esplorare come i significati attribuiti alla CC variano a seconda del livello organizzativo ed i differenti processi di integrazione e supporto.

Tabella 6. Numero di partecipanti per ogni organizzazione

	Manager /Referente CC	Middle manager	Operatori -Frontline	
Org. 1 (Emilia-Romagna)	4	3	4	11
Org. 2 (Toscana)	4	1	5	10
Org. 3 (Piemonte)	6	1	2	9
	14	5	11	30

2.5.5 Gli strumenti

L'intervista e il focus group

Per la raccolta dei dati sono stati definiti come strumenti l'intervista semi-strutturata, scelta per il livello manageriale (top management e middle management) e il focus group, definito per il livello professionale.

L'intervista semi-strutturata è uno strumento molto utilizzato negli studi organizzativi: essa permette di raccogliere la descrizione dell'esperienza del partecipante rispettando la sua interpretazione dei significati attribuiti al fenomeno - "*descriptions of the life-world of the interviewee with respect to interpretation of the meaning of the described phenomena*" - (Kvale, 1983, p. 174).

Si è scelto di condurre il focus-group con gli operatori dello stesso servizio per favorire l'emersione di pratiche e significati condivisi attorno alla CC, nell'idea di avere accesso alla cultura organizzativa che sostiene le pratiche CC all'interno di un servizio, considerando le pratiche professionali come il prodotto di processi condivisi dal gruppo. A differenza dell'intervista individuale i dati raccolti tramite il focus group, che è pensato come uno "spazio sociale", sono il frutto di una discussione fra più persone (Kitzinger, 2006).

Tabella 7. Sintesi della guida dell'intervista per i livelli manageriali	
Aree indagate	Esempi di domande
PRATICHE DI COMMITMENT (strategic planning)	Attualmente su quali aspetti, investe l'organizzazione quali sforzi? C'è una mission specifica? Un piano strategico aziendale? Come è declinato?
PRATICHE DI COMMITMENT (leadership)	Com'è organizzata la gestione a livello aziendale? Ci sono persone/strutture che formalmente, informalmente hanno responsabilità gestionali sul tema della salute degli immigrati o dell'equità?
CULTURA E DIFFUSIONE	Pensa che il tema dell'equità e barriere e la mission sia diffuso conosciuto nell'organizzazione?
INTEGRAZIONE	Può descrivermi la relazione tra dipartimenti e unità per diffondere e sviluppare strategie di equità ?
PRATICHE DI COMMITMENT	Se dovesse dirmi i pro e i contro della struttura e dei dispositivi organizzativi, quali indicherebbe?
PRATICHE DI PARTECIPAZIONE	I rappresentanti delle comunità/stakeholders e i migranti in modo sono coinvolti in modo abituale nella pianificazione e nella progettazione/erogazione dei servizi?
BARRIERE e FACILITATORI	Se dovesse riassumere pensando ad un'esperienza di implementazione oppure in generale, quali barriere o difficoltà riscontra? Quali facilitatori allo sviluppo di pratiche CC?

Entrambi gli strumenti sono stati pensati con l'obiettivo di esplorare la percezione degli attori organizzativi verso le pratiche CC. Sono state definite le stesse aree di indagine per favorire la comparazione tra i livelli, ma declinate diversamente secondo i diversi punti di vista professionali.

La griglia d'intervista (Tab. 7 e Tab. 8) è stata costruita ad hoc, sulla base della letteratura teorica ed empirica: alcune domande sono state scelte sulla base degli strumenti utilizzati in studi

precedenti (Keeton, 2014; Aggwal *et al.*, 2016). Come già fatto da Dogra *et al.* (2009), non è stata proposta una definizione della CC per esplorare i significati dei partecipanti; inoltre non è stato utilizzato esplicitamente il termine CC, visto la maggior diffusione di termini come “strategie interculturali”. Più spesso si è fatto riferimento da un punto di vista terminologico a pratiche volte all’equità o alla riduzione delle disuguaglianze sanitarie nei confronti delle persone di origine immigrata.

Poiché la relazione tra ricercatori e partecipante è un aspetto chiave degli strumenti scelti, impressioni, approfondimenti e riflessioni teoriche sui dati osservati ed evocati nella relazione con l’organizzazione e i suoi membri, fin dai primi contatti e successivamente durante l’incontro con i partecipanti, sono stati annotati (King, 2004).

Le interviste sono state svolte sia in modo individuale che, diversamente da quanto inizialmente previsto, in coppia o piccolo gruppo, a seconda delle preferenze espresse. In alcuni casi (5) sono avvenute telefonicamente o via skype. Dove richiesto, è stata inviata preventivamente una griglia con i temi e le domande principali dell’intervista. Si è deciso di mantenere tale flessibilità nell’utilizzo dello strumento al fine di facilitare il coinvolgimento dei partecipanti. In Tab. 8 è presente uno schema delle principali aree d’indagine con esempi di domande utilizzate come guida durante la conduzione dell’intervista (vedi Appendice). Si è deciso di condurre interviste semi-strutturate, “incoraggiando digressioni” rispetto alla guida di intervista programmata, per cogliere appieno aspetti non previsti e utili alla fine della comprensione dell’oggetto di studio. La guida dell’intervista ha mantenuto una parte invariata mentre una parte è stata modificata nel corso dei colloqui in base all’esperienza particolare dei partecipanti o per approfondire alcuni temi. La durata media di ciascuna intervista è stata di 80 minuti (min. 30 max.120 minuti) e tutte le interviste sono state audioregistrate.

Ha partecipato alla ricerca un campione selezionato delle équipe del servizio in base alle disponibilità concordata. Data la numerosità dei partecipanti il focus-group si è configurato quindi come un mini-focus-group. Purtroppo, nell’organizzazione 3 è stata condotta un’intervista di coppia, coinvolgendo solo due persone dell’équipe. La conduzione del focus group è stata maggiormente strutturata di quella dell’intervista, al fine di rispettare i tempi concordati e l’esplorazione di tutti i temi previsti. La durata media dei focus-group è stata di 100 minuti; l’incontro è stato audio-registrato e trascritto integralmente.

Tabella 8. Guida dell’intervista di gruppo per il personale front-line

Aree indagate	Esempi di domande
DIVERSITÀ E SERVIZI	In che modo essere di origine immigrata, il background culturale, sociale e influisci sull'uso dei servizi e la relazione clinica?
PRATICHE RELAZIONE CLINICA CC	Voglio approfondire la vostra esperienza nell'incontro e nell'offerta di cure con le persone di origine immigrata. Quali sono le pratiche che avete sviluppato per rispondere ai bisogni dell'utenza immigrata e offrire un trattamento equo (se volete esempi)
PRATICHE ORGANIZZATIVE CC	Quali sono le pratiche di servizio e di collaborazione fra l'equipe o altri dipartimenti servizi che avete sviluppato per rispondere ai bisogni dell'utenza immigrata e offrire un trattamento equo (se volete esempi)
PRATICHE DI PARTECIPAZIONE	Un aspetto che mi interessa è quello dell’esperienze di partecipazione delle persone di origine immigrata, di gruppi o comunità, sia nella progettazione che nella realizzazione di progetti/interventi/pratiche o

	servizi. Qual è la vostra esperienza di pratiche di collaborazione o partecipazione con persone di origine immigrata? cosa ne pensate?
SUPPORTO	In che modo vi sentite sostenuti? E che altro supporto vi servirebbe? Pensate che il tema dell'equità e barriere e la mission sia diffuso e conosciuto nell'organizzazione?
BARRIERE E FACILITATORI	<ul style="list-style-type: none"> - Quali sono le maggiori barriere alla possibilità di implementare degli interventi (o nell'erogazione del servizio) che favoriscono sensibilità ai bisogni dell'utenza immigrata - Quali sono i maggiori facilitatori alla possibilità di implementare degli interventi (o nell'erogazione del servizio) che favoriscono sensibilità ai bisogni dell'utenza immigrata o erogazione del servizio

L'analisi dei documenti

È stata condotta un'analisi documentale (Bowen, 2009), seguendo le raccomandazioni metodologiche sullo studio di caso che suggerisce di raccogliere prove da più fonti (Yin, 2005). Esaminare le informazioni raccolte attraverso diversi metodi aiuta a confermare i risultati e ridurre l'impatto dei potenziali bias che possono esistere attraverso l'utilizzo di un metodo singolo. I documenti possono fornire informazioni di base e approfondimenti "storici" che aiutano a comprendere i fenomeni secondo una prospettiva storica.

Sono stati inclusi documenti forniti dai partecipanti alle interviste sulle pratiche sviluppate dall'organizzazione, sul commitment organizzativo e sulla partecipazione dei migranti e delle comunità. Per ogni organizzazione sono stati raccolti documenti riguardanti la dichiarazione di mission, il piano strategico, i piani di formazione o materiale relativo ad esperienze formative, materiale informativo per i pazienti e del sitoweb (Cunningham *et al.*, 2014). I documenti di ciascuna azienda sono stati catalogati in base al tipo di documento e anno (vedi Appendice).

2.5.6 Analisi dei dati

L'approccio del caso multiplo utilizza un'analisi iterativa di ciascun caso (analisi intracaso) con il confronto finale di temi e spiegazioni emergenti, ovvero i risultati di ciascuna analisi del caso non sono raggruppati e il confronto (analisi intercaso) avviene successivamente all'analisi di ciascuno.

Il materiale raccolto è stato analizzato tramite analisi tematica. L'analisi tematica ha lo scopo di identificare, analizzare e riportare i modelli, detti per l'appunto "temi" all'interno dei dati raccolti, organizzando il materiale e descrivendo il set di dati in dettaglio. Un tema cattura dimensioni significative del fenomeno in relazione alla domanda di ricerca (Braun e Clarke, 2006).

Per lo svolgimento della ricerca, ci si è serviti del supporto del software QSR Nvivo14 (Versione 11). In particolare, il software è stato utilizzato per archiviare, gestire e organizzare le interviste durante il percorso di analisi; realizzare l'analisi iniziale delle codifiche e tenere traccia dell'analisi, gestendo e collegando memo. Infine, si è fatto uso della funzione "query" per interrogare il testo e le codifiche realizzate.

Nell'analisi si è fatto riferimento al concetto di “densità concettuale”, termine usato da Strauss e Corbin (1998) per indicare la ricchezza dello sviluppo dei concetti e dell'identificazione della loro relazione. Questa espressione rende evidente la differenza dall'approccio quantitativo che ha prevalentemente l'obiettivo di ridurre la complessità della realtà sociale utilizzando il minor numero possibile di concetti che permettono di rendere conto dei dati e del fenomeno studiato.

Il processo di analisi si è caratterizzato come un processo ricorsivo per favorire la valutazione costante dell'analisi e di come le idee e i modelli esplicativi elaborati avessero corrispondenza con i dati. Per questo motivo è stato importante il processo di scrittura di memo, che favorisce la riflessione e il monitoraggio dell'analisi. La scrittura delle “memo” aiuta il ricercatore a tener traccia di come si sono sviluppate le idee e le loro relazioni durante la ricerca. È da sottolineare come parte dell'analisi dei dati avvenga già durante la raccolta dei dati (per esempio durante le interviste) e continui ancora durante il processo di scrittura, attraverso un ritorno sulle interviste e le categorie, il loro raffinarsi, la loro comparazione costante e una riorganizzazione gerarchica dei temi.

L'analisi ha richiesto un primo momento di “immersione” e familiarizzazione del materiale attraverso la “lettura ripetuta” dei dati in modo attivo, alla ricerca di significati, schemi e pattern.

Il materiale rilevante per ogni intervista è stato, in seguito, codificato. I dati sono stati codificati inizialmente attraverso un'analisi line-by-line identificando le prime porzioni di discorso significative e assegnando un'etichetta, per identificare alcuni primi concetti o categorie emergenti. Alcuni codici sono stati identificati in modo induttivo (o bottom-up), ossia a partire dal materiale ricavato dalle interviste; altri in modo deduttivo (o top-down) e quindi a partire da come sono state costruite le domande dell'intervista e dagli obiettivi sottesi. Seguendo il principio di “codifica parallela” di King (2004), in alcuni casi, lo stesso frammento di testo è stato codificato in due categorie differenti.

Successivamente sono state analizzate porzioni più ampie di testo, con temi presenti in maniera ricorrente, per fare emergere i temi fondamentali, attraverso una progressiva aggregazione delle prime codifiche in categorie. I codici simili, infatti, sono stati raggruppati e organizzati in base alla frequenza e alla rilevanza attraverso un processo di interpretazione e costruzione di relazioni gerarchiche.

Il materiale raccolto tramite analisi documentale è stato codificato usando le stesse categorie di analisi (temi) del materiale raccolto tramite intervista.

Per incrementare la credibilità dell'analisi, l'organizzazione dei temi è stata discussa durante incontri di supervisione, confrontando le differenze e raggiungendo accordo tramite negoziazione. In particolare, le organizzazioni dei temi non supportate dai dati sono state riviste e confrontate con organizzazioni rivali (Barbour, 2001).

Si è costruito un framework, con i temi principali collegati agli obiettivi di ricerca, comune per tutti i casi e per tutti i livelli per favorire la comparazione.

Esso è presentato nel capitolo 4; i capitoli 5, 6 e 7 riportano l'analisi “intracaso”, ciascuno di una organizzazione. Solo a seguito della discussione dei dati per ogni singolo contesto organizzativo è presentata nel capitolo 8 una discussione “intercaso” che mette in luce gli aspetti comuni e le differenze individuate.

CAPITOLO 3.

RISULTATI. DALLE POLITICHE ALLE PRATICHE NEI CONTESTI SANITARI: ANALISI DOCUMENTALE ED ESPLORAZIONE DELLA PERCEZIONE DELLE POLITICHE REGIONALI PER SERVIZI CULTURALMENTE COMPETENTI

3.1. L'analisi documentale delle politiche regionali

Le differenze sul territorio nazionale nelle modalità e nei livelli di implementazione di pratiche CC e di equità richiedono di approfondire il ruolo delle politiche sanitarie nel favorire l'implementazione di tali strategie nelle pratiche dei servizi. Le politiche regionali, infatti, possono giocare un ruolo fondamentale nello sviluppo e diffusione di pratiche CC nei servizi definendo priorità e strategie (Dogra *et al.*, 2009; Grant *et al.*, 2013).

I piani Socio-Sanitari, come presentato in precedenza (vedi par. 2.3.2), sono stati analizzati in base ad un framework volto ad indagare gli “approcci” che guidano le politiche e le “strategie”, ovvero le azioni promosse per sviluppare CC nei servizi socio-sanitari e promuovere salute in un'ottica migrant-sensitive.

In particolare, per l'“approccio” sono state analizzate le definizioni di disuguaglianze, equità e CC nelle organizzazioni; i gruppi e sottogruppi e i problemi sanitari a cui si riferiscono le politiche. Per le “strategie” sono state analizzate le strategie che mirano alla promozione dell'accesso e all'interculturalità, le strategie partecipative, le strategie di commitment organizzativo.

I risultati sono presentati Regione per Regione e sintetizzati in Tab. 9. Segue una discussione comparativa che mette in luce punti chiave, dimensioni comuni e differenze, utili alla comprensione del sostegno delle politiche regionali alle pratiche delle organizzazioni.

3.1.1 Risultati dell'analisi del piano socio-sanitario dell'Emilia-Romagna

Approccio

I dati mostrano un'attenzione specifica delle politiche sociosanitarie alla riduzione delle disuguaglianze sanitarie: l'obiettivo chiave del piano socio-sanitario è combattere l'esclusione, la fragilità e la povertà attraverso politiche di integrazione sociale e sanitaria. Esso, ispirandosi nella sua struttura al documento “Governance for Equity” (OMS, 2014) definisce 5 aree di lavoro trasversali, ponendo fra gli obiettivi prioritari il contrasto alle disuguaglianze e la promozione della partecipazione sociale e dell'empowerment. La salute dei migranti è affrontata con un focus specifico per il tema delle persone “neoarrivate”, e il riferimento alle persone con un background migratorio appare presente per molteplici problemi di salute in modo più o meno esplicito.

Sono presenti sezioni dedicate per la promozione dell'equità e per la salute dei neo-arrivati e per il rispetto delle differenze. Il piano, che è costituito da schede attuative che definiscono aree strategiche e azioni, è composto da schede sull'"equità" per la riduzione delle disuguaglianze sociali con un approccio intersezionale e di contrasto all'esclusione sociale, da schede specifiche per l'inclusione delle persone straniere neo-arrivate e da schede per la promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze (di genere, intergenerazionali, interculturali e delle abilità). Inoltre, le azioni del piano sono pensate in continuità, fra gli altri orientamenti politici, con il Programma triennale per l'integrazione dei cittadini stranieri previsto dalla L.R. 5/2004.

È presente una chiara definizione delle disuguaglianze sanitarie e sociali che si fonda sulla prospettiva dei determinanti sociali e una chiara definizione delle disuguaglianze organizzative e dell'equità quale dimensione organizzativa che riguarda i processi alla base della produzione dei servizi e il rapporto con l'utenza e la diversità. Le disuguaglianze, in particolare sono legate all'intreccio tra condizioni sociali, salute e di utilizzo dei servizi: *"molte evidenze sugli effetti prodotti dai determinanti sociali in termini di disuguaglianze, dimostrano una stretta relazione tra le variabili socio-economiche, le condizioni di salute/benessere e il grado di utilizzo dei servizi"*. Altro punto alla base dell'approccio proposto è una prospettiva intersezionale e multidimensionale della diversità e delle differenze - soprattutto quelle che possono trasformarsi in svantaggio o che già producono emarginazione o stigma - *"Sempre di più i nostri servizi si devono confrontare con le più svariate "diversità", non riconducibili alle tradizionali forme di classificazione dei soggetti svantaggiati (poveri, emarginati, poco istruiti, ecc.). Le diversità di genere, età, nazionalità, lingua parlata, (dis)abilità, religione, orientamento sessuale, condizioni di vita... sono così profondamente mutate che a "disuguaglianza sociale" si può affiancare il termine di "vulnerabilità sociale", per richiamare l'attenzione sulla multidimensionalità. Per quanto riguarda le possibili disuguaglianze legate al background migratorio il piano riconosce la presenza di vulnerabilità specifiche, mettendo in primo piano l'intersezione fra genere e origine: "La disuguaglianza nell'accesso ai diritti si manifesta oggi non soltanto in termini di ricchezza/povertà o di genere, ma anche lungo la linea di demarcazione della cittadinanza o dell'appartenenza culturale, con il rischio di limitare fortemente le possibilità di una reale inclusione sociale della popolazione straniera. Il processo di femminilizzazione del fenomeno migratorio chiama in causa rilevanti questioni attinenti alla effettiva parità di genere ed emancipazione"*.

Il piano sanitario propone la strategia dell'"equità in pratica" quale approccio organizzativo per affrontare il tema del benessere sociale. Equità e sensibilità alle differenze si intersecano: obiettivo delle organizzazioni è porre attenzione ai meccanismi organizzativi che possono causare discriminazione e alla responsabilità nel creare una cultura organizzativa sensibile alla "pluralità delle differenze" e capace di monitorare i suoi processi: *"se non si è in grado di presidiare il confronto con le tante diversità, si rischia paradossalmente di rinforzare la vulnerabilità sociale dei soggetti che si intende tutelare"*.

Le politiche indicano il concetto di "giustizia o eguaglianza sostanziale" come principio alla base dell'organizzazione dei servizi orientati all'equità e alla differenza, volto all'"equilibrio" per il benessere complessivo dei membri della comunità. Tale orientamento si traduce per i servizi nella capacità di sviluppare interventi specifici su gruppi vulnerabili e azioni di sistema all'interno dell'organizzazione e all'esterno per il bene di tutta la comunità. In termini di approcci strategici, si evidenzia in altre parti del documento il riferimento allo sviluppo di competenze interculturali per la promozione dell'inclusione sociale delle persone straniere.

Le politiche sembrano tener conto delle principali caratteristiche di questa popolazione di cittadini presente sul territorio regionale: giovane, composta da donne, famiglie e adolescenti. Sembra data maggiore priorità alla salute degli stranieri neo-arrivati, in particolari richiedenti asilo e rifugiati e a "categorie" identificate come più vulnerabili quali donne sole, nuclei mono genitoriali, minori stranieri non accompagnati, vittime di tratta. In modo ricorrente ci si rivolge alle "seconde generazioni" a rischio per problemi di inclusione sociale, scolastica, ma anche risorsa per l'integrazione (anche se non appare un focus specifico, per esempio, nelle politiche per la promozione del benessere in adolescenza). Non è presente nel documento la "categoria migrante STP", ma c'è il riferimento alle persone senza residenza come soggetti esclusi dell'assistenza di base e l'assenza del permesso di soggiorno è citata come condizione di rischio per le donne vittime di violenza. Per quanto riguarda le condizioni di salute a cui si indirizzano le politiche, si può notare che condizioni di vulnerabilità legate al background migratorio sono richiamate in riferimento all'accesso ai servizi e all'assistenza di base ed a particolari condizioni di salute e benessere sociale, tra cui la "marginalità sociale". Le politiche tutelano l'inclusione sociale delle persone neo-arrivate con particolari bisogni (lingua italiana, mediazione, orientamento al territorio e alla normativa), e appare un problema tutelato anche quello della tratta. Inoltre, condizioni che meritano azioni specifiche sono la salute riproduttiva e sessuale, la salute neo-natale, e la genitorialità, per fattori sociali e culturali che agiscono sulle condizioni di salute. In particolare, si citano la possibilità di scarse reti di supporto sociali e familiare e l'adattamento ad una dimensione culturale "nuova", che può influenzare le interazioni precoci madre-figlio e la "trasmissione culturale e linguistica". Il tema della salute mentale compare non solo per le donne, soprattutto in gravidanza, ma anche in riferimento a minori e minori non accompagnati (MSNA).

Strategie

Nel piano socio-sanitario sono indicate strategie dei servizi per l'accessibilità e strategie interculturali, strategie di promozione della partecipazione e strategie a sostegno del commitment organizzativo. In relazione alla salute dei neo-arrivati si promuovono, in un quadro di integrazione con i sistemi dell'accoglienza, interventi di inclusione per l'accesso all'educazione sanitaria, per esempio in collaborazione con CPIA (Centri istruzione degli adulti e apprendimento permanente), per l'accesso ai servizi socio-sanitari e di mediazione linguistica- interculturale. Un altro intervento promosso è la consulenza specialistica sulle tematiche interculturali e sulla progettazione di interventi territoriali di comunità. Si pone l'attenzione allo sviluppo di interventi rispetto a vulnerabilità di natura psico-sanitaria e di continuità assistenziale per i soggetti vulnerabili, in particolare per le persone in uscita dalle strutture di accoglienza. Le politiche promuovono interventi per l'apprendimento della lingua per i neo-arrivati e interventi a sostegno dell'insegnamento della lingua madre ai minori stranieri quale occasione per facilitare un raccordo trans-generazionale e l'apprendimento della lingua italiana. Per la tutela delle vittime di tratta si indica lo sviluppo di interventi di riduzione del danno attraverso percorsi strutturati con i Consulenti familiari.

Quali strategie a sostegno della partecipazione le politiche indicano azioni di partecipazione comunitaria, di sviluppo della health literacy dell'utenza e di collaborazione tra servizi e terzo settore. Il tema della partecipazione, del collegamento alla comunità, alla rete e alle differenze dell'utenza è presente, inoltre, fra gli obiettivi formativi per i professionisti dei servizi sanitari *"l'acquisizione di conoscenze e di competenze mediante la soluzione di problemi reali, vissuti nel territorio da gruppi sociali, comunità, gruppi di emarginati o persone socialmente svantaggiate,*

popolazione che soffre per i pregiudizi, per la discriminazione o per lo stigma oppure gruppi attivi nell'ambito dell'affermazione delle proprie "singolarità", della democrazia e dell'inclusione sociale".

In un'ottica di lavoro per problemi e non per categorie di utenza, si propone di utilizzare il "Community Lab" quale metodo di analisi partecipata di contesti locali in cui la risposta al problema è prodotta in modo partecipativo; in questo caso non è emerso quindi un focus specifico per le persone straniera in nome dell'idea di una comunità pluriculturale. Invece, sono proposte azioni per promuovere partecipazione, co-progettazione, rappresentanza e cittadinanza attiva *"di tutta la popolazione, con attenzione per le diverse culture e generazioni, in particolare per i giovani stranieri e di origine straniera (seconde generazioni), e per i generi"*. Le strategie proposte riguardano l'ascolto delle comunità coinvolte nell'"accoglienza" e nell'inclusione della popolazione straniera (anche al fine di prevenire e contrastare fenomeni di ghettizzazione urbana e territoriale); la formazione e il sostegno delle associazioni di migranti e la promozione delle esperienze di partecipazione e rappresentanza a livello locale da parte dei cittadini stranieri. Sul tema della riduzione della marginalità sociale, si propone la promozione di convenzioni tra Ausl e associazioni di volontariato per l'erogazione delle prestazioni sanitarie di base alle persone prive della residenza, la sensibilizzazione e il coinvolgimento del contesto e della società civile al fine di favorire l'integrazione e l'inclusione delle persone in condizione di marginalità estrema.

Quali strategie a sostegno del commitment organizzativo, in quanto traduzione operativa dell'approccio organizzativo all'equità, a cui si dà ampio rilievo, il piano predispone a livello organizzativo pratiche definite a sostegno della leadership e della pianificazione strategica orientata all'equità (e non sul target migranti). Esse sono: l'identificazione di referenti dell'equità aziendali e la costituzione di board aziendali o altre forme di coordinamento per lo sviluppo delle azioni di contrasto alle disuguaglianze, nell'idea di favorire congruenza tra il livello gestionale e il livello clinico, l'adozione di un piano aziendale delle azioni di equità nel rispetto delle differenze, orientate agli obiettivi strategici del Piano (condizioni di povertà, rischio di esclusione sociale o discriminazione); applicazione di almeno 1 strumento di equity assessment sulle principali vulnerabilità sociali della popolazione di riferimento di quel territorio.

Tabella 9. Sintesi dei temi dei tre Piani Socio-Sanitari

	EMILIA-ROMAGNA	TOSCANA	PIEMONTE
APPROCCIO	Disuguaglianze	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Determinanti sociali ▪ Disuguaglianze organizzative 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Determinanti sociali
	Equità organizzativa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intersezionalità ▪ Valori ▪ Rispetto delle differenze ▪ Vulnerabilità sociale 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Uguale accesso per i diversi background etnici e culturali
	Popolazione target	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stranieri neoarrivati ▪ Richiedenti protezione internazionale ▪ Donne vittime di tratta ▪ Minori non accompagnati (MSNA) ▪ Prime e seconde generazioni ▪ Diversità multiple 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Migranti irregolari STP ▪ Donne irregolari ▪ Richiedenti protezione internazionale ▪ Vittime di tratta ▪ Minori non accompagnati (MSNA) ▪ Prime e seconde generazioni
	Problemi di salute target	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Migranti irregolari “stranieri STP” ▪ Donne 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Salute riproduttiva e sessuale ▪ Salute neo-natale ▪ Genitorialità ▪ inclusione sociale ▪ Salute mentale (bambini, adolescenti, donne) ▪ Accesso ▪ Assistenza di base

STRATEGIE	Interculturalità e accessibilità	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promozione interculturale ▪ Mediazione linguistica interculturale ▪ Protocolli di inclusione e continuità assistenziale ▪ Facilitazione all'accesso ai servizi sociosanitari ▪ Insegnamento della lingua ▪ Orientamento informativo e legale e normativo ▪ Formazione alle differenze 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mediazione culturale e servizi di interpretariato e materiale interculturale ▪ Formazione operatori ▪ Linee guida regionali normativa accesso ▪ Interventi multidisciplinari ▪ Insegnamento della lingua ▪ Orientamento informativo e legale sui percorsi di assistenza e cura ▪ informazioni servizi e prevenzione 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mediazione culturale ▪ Programmazione integrata salute mentale e servizi per le dipendenze ▪ Implementazione uniforme di servizi ambulatoriali per stranieri STP
	Partecipazione	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mediatori culturali ▪ Coinvolgimento terzo settore e associazionismo migrante attraverso le seconde generazioni ▪ Programmi di partecipazione finanziati dalla legge ▪ Formazione alla "rete" 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Educatori sanitari di comunità (ESC) ▪ Coinvolgimento associazionismo migrante ▪ attraverso le seconde generazioni 	
	Commitment Organizzativo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Governance e leadership a diversi livelli ▪ Pianificazione di strategie di equità ▪ Strumento di assessment per l'impatto dell'equità nella salute ▪ Formazione 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Leadership a diversi livelli Governance regionale per la comunicazione interculturale 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pianificazione multisettoriale e politiche a livello regionale

3.1.2 Risultati dell'analisi del piano socio-sanitario della Toscana

Approccio

I dati mostrano un'attenzione specifica delle politiche sociosanitarie alla riduzione delle disuguaglianze sanitarie ed è presente un focus per la riduzione delle disuguaglianze “definite di accesso” della popolazione straniera, con alcune sezioni dedicate nel documento. Le politiche per l'integrazione della popolazione straniera si inseriscono inoltre nel quadro legislativo della legge regionale del 2009.

La definizione di disuguaglianze presentata nel documento è collegata all'azione dei determinanti sociali e ai possibili meccanismi discriminativi dovuti all'organizzazione e all'assetto dei servizi: *“non sono soltanto le condizioni di carattere strutturale o macrosocioeconomico a determinare le disuguaglianze nell'esigibilità dei diritti, ma anche l'organizzazione del sistema dei servizi. Talvolta, l'organizzazione – nella sua complessità – non riesce a modificarsi rapidamente a fronte dei cambiamenti sociali e epidemiologici”*.

Ai migranti è riconosciuta una particolare vulnerabilità nell'accesso e nella qualità dei servizi definita come una “tipica questione di equità verticale”. I determinanti di salute delle persone immigrate sono correlati con le condizioni di lavoro e di vita, generalmente più disagiate rispetto a quelle del resto della popolazione; inoltre la vulnerabilità è collegata al rischio di condizioni di estrema marginalità sociale.

Il documento promuove uno sviluppo dei servizi come rispetto della diversità culturale come strategia per garantire equità, senza far riferimento a modelli specifici di competenza culturale o rispetto delle differenze. Si propone, infatti, un riorientamento dei servizi affinché essi siano in grado di *“prendere in carico una pluralità di cittadini con differenti background etnici e culturali, che parlano lingue diverse, garantendo equità di accesso”*. Sembra esserci una visione sistemica, in quanto la riorganizzazione dei servizi richiede lo sviluppo multilivello di aspetti strutturali, organizzativi e professionali (“di strumenti amministrativi, assetti organizzativi, risorse e competenze professionali”). In altre parti del documento si fa riferimento allo sviluppo dei servizi per contrastare le disuguaglianze come una riorganizzazione basata su: flessibilità, conoscenza del territorio e dei bisogni di salute, dati.

Le politiche sembrano tener conto delle principali caratteristiche della popolazione composta da donne, prime e seconde generazioni, irregolari. In particolare, sono oggetto d'attenzione donne irregolari, richiedenti protezione internazionale, vittime di tratta, minori non accompagnati (MSNA). Soprattutto, viene sottolineato che per garantire equità di accesso, i servizi debbano porre particolare attenzione alle persone senza permesso di soggiorno, e richiedenti asilo per le vulnerabilità specifiche nell'accesso e nelle condizioni di salute, e allo stesso tempo avere la capacità di tener conto dei bisogni delle persone di “prima generazione”.

Negli indirizzi politici si evidenziano alcune condizioni di salute e condizioni dell'accesso su cui intervenire come l'accesso all'assistenza di base (MMG e pediatria) e alla prevenzione oncologica (prevenzione e alla cura delle patologie oncologiche delle malattie infettive, in particolare TBC e HIV/AIDS). L'accesso ai percorsi dell'area materno-infantile è inoltre segnalato quale settore ad alta prevalenza che richiede formazione specifica del personale sanitario alla diversità culturale. Sono temi trattati dalle politiche la tutela della salute mentale di rifugiati e richiedenti asilo, per i rischi collegati al percorso migratorio, e la tutela della salute mentale infantile e delle seconde generazioni per fattori culturali e sociali collegati *“alla doppia*

appartenenza culturale, alla distanza sociale, alla discriminazione e al basso livello socio-economico.”

Strategie

Sono definite strategie specifiche di sviluppo dei servizi sanitari che riguardano l'accesso e le strategie interculturali, le strategie di partecipazione e quelle di commitment organizzativo.

Nel piano sono individuate azioni per migliorare sia l'accesso legale che l'accessibilità. Si propone a proposito lo sviluppo di linee-guida per l'applicazione della normativa e la formazione degli operatori. La formazione degli operatori è indicata quale strategia di promozione dell'accessibilità ed intervento per favorire conoscenze sul tema dell'“interculturalità”. Un'altra misura individuata a livello clinico riguarda lo sviluppo di équipes multidisciplinari. Più volte nel documento è espresso il bisogno di un potenziamento dei servizi di mediazione culturale e interpretariato, nello specifico nei servizi consultoriali. Per favorire l'accesso si propongono strategie di informazione sanitaria e orientamento dei servizi per l'utenza. Le politiche individuano, inoltre, come strategie di integrazione la promozione della lingua italiana quale strumento per favorire l'accesso ai servizi.

Il tema della partecipazione è affrontato in una sezione specifica per le politiche di promozione della partecipazione alla vita pubblica come sostegno allo sviluppo di una “comunità plurale”. Per quanto riguarda le pratiche partecipative dei servizi sanitari in riferimento all'accesso della popolazione di origine migrante, il piano propone l'implementazione della figura dell'educatore sanitario di comunità (ESC) come strategia di empowerment delle comunità e di sviluppo delle competenze degli operatori sugli aspetti culturali legati alla salute. Per favorire la partecipazione dell'utenza, inoltre, si suggerisce lo sviluppo di materiale informativo e di strumenti di comunicazione interculturale anche attraverso la struttura di riferimento regionale (l'Albero della salute). La partecipazione si promuove attraverso il coinvolgimento dell'associazionismo, il sostegno dei dispositivi organizzati quali le “consulte degli stranieri” e il coinvolgimento delle seconde generazioni. Nel documento si promuove il “sociale di iniziativa” come strategie di ascolto dei bisogni dei gruppi più vulnerabili attraverso la creazione di reti e relazioni nel territorio. In particolare, un aspetto più volte citato riguarda lo sviluppo di forme di collaborazione fra pubblico e privato e la formalizzazione della collaborazione tra diversi stakeholder coinvolti nell'accoglienza dei richiedenti asilo.

Quali pratiche a sostegno del commitment organizzativo, sulla base di criticità evidenziate nel contesto locale, come la disomogeneità di implementazione nella regione e lo scarso coordinamento aziendale, le politiche indicano lo sviluppo di dispositivi di leadership a livello aziendale e regionale. Si indica l'individuazione di responsabili aziendali a diversi livelli aziendali le cui responsabilità, vagamente definite, riguardano l'efficienza dei servizi e l'integrazione di informazioni demografiche-epidemiologiche, organizzative e amministrative.

3.1.3 Risultati dell'analisi del piano socio-sanitario del Piemonte

Approccio

La riduzione delle disuguaglianze fa parte degli obiettivi prioritari del piano socio-sanitario che identifica quale principio ispiratore la “salute in tutte le politiche” ed è presente una sezione dedicata a questo tema e una a quella dalla salute degli “immigrati”.

Le disuguaglianze di salute sono definite secondo il modello dei determinanti sociali della salute “*Queste differenze sono socialmente determinate, sono ingiuste e modificabili; pertanto sono disparità evitabili*”. È affrontato il tema dell'equità d'accesso, secondo una logica detta di “discriminazione positiva” per i gruppi più vulnerabili promuovendo “*la garanzia per tutta la popolazione di eguale possibilità di accesso ai servizi e agli interventi di prevenzione, diagnosi e cura, con una discriminazione positiva per i gruppi e le aree sociali e geografiche che mostrano difficoltà di accesso*”.

Il documento descrive i problemi sanitari delle persone straniere e migranti attraverso la lente dei determinanti sociali e nello specifico richiamando l'effetto dei fattori sociali e delle barriere linguistiche e culturali sull'accesso ai servizi e sulle condizioni di salute (disoccupazione o lavoro precario, abitazione inadeguata, sovraffollamento, carenze igieniche, alimentazione insufficiente o sbilanciata, clima, e mancanza di supporto familiare). Le politiche sembrano considerare le differenze relative al genere e allo status giuridico “migrante STP”, mentre non sono citati i gruppi più giovani, né i migranti richiedenti protezione internazionale. Conseguentemente il documento presenta la definizione di alcuni problemi sanitari e criticità organizzative ad essi collegati. Sono problemi prioritari: l'accesso per l'utenza STP, per la presenza di barriere burocratiche e informative collegate all'iscrizione al servizio sanitario; la salute materno-infantile; la continuità delle cure nei servizi di salute mentale (correlata ad un alto ricorso ai ricoveri, e un minor accesso ai servizi semi-residenziali) e la presa in carico dei problemi di salute collegati alle dipendenze psicologiche. Si segnala, inoltre, una prevalenza maggiore nella popolazione delle malattie infettive.

Strategie

Le strategie indicate nel piano socio-sanitario sono indirizzate alla promozione dell'accesso e dell'interculturalità, e a strategie di programmazione sanitaria che possono essere collegate a strategie di commitment organizzativo. Non sono invece evidenti strategie che richiamano pratiche partecipative.

Il documento indica azioni volte allo sviluppo della qualità dei centri ISI¹⁰, (Informazione Salute Immigrati) introdotti con il Piano sanitario 1997-1999; il coinvolgimento dei mediatori interculturali in tutti i servizi sanitari (servizi ospedalieri e residenziali, sia presso servizi diurni) e in modo particolare nei servizi per la salute materno-infantile. Inoltre, si indica come strategia lo sviluppo di protocolli e modalità condivise di presa in carico dei pazienti stranieri nei servizi di salute mentale e SERT.

¹⁰ I Centri ISI, forniscono cure ambulatoriali, assistenza di base e orientamento per le persone straniere senza permesso di soggiorno.

<https://www.regione.piemonte.it/web/temi/sanita/accesso-ai-servizi-sanitari/assistenza-sanitaria-agli-stranieri>

Quali strategie di commitment organizzativo il piano propone, in modo generico, azioni di pianificazione strategica integrata tra il livello delle direzioni generali e quello regionale, attraverso: *“la facilitazione di modalità di programmazione integrata tra assessorati e direzioni regionali che a diverso titolo si fanno carico di problematiche di cittadini stranieri”*.

3.1.4 Discussione

L'analisi contribuisce a comprendere come le strategie di equità, in relazione alla salute delle persone con un background migratorio sono concettualizzate e incorporate nelle politiche pubbliche. Il confronto fra i piani regionali permette di evidenziare linee di tendenza comuni, ma soprattutto differenze e disomogeneità nel modo in cui le politiche regionali affrontano il tema della “salute dei migranti” e la promozione di strategie dei servizi di equità e competenza culturale, in base al framework di analisi proposto.

In termini comparativi, sembra importante notare come tutte le regioni approccino il tema delle disuguaglianze sanitarie con le lente dei determinanti sociali e come il risultato di processi di ingiustizia sociale, ma che in modo differente sono presi in considerazione i meccanismi discriminativi delle organizzazioni sanitarie. Non è menzionato il termine competenza culturale, ma resta predominante il tema dell'interculturalità nelle strategie identificate. Il piano dell'Emilia-Romagna, in linea con i più recenti sviluppi in letteratura, si caratterizza per una definizione di equità organizzativa secondo un approccio intersezionale. I piani si differenziano per la capacità di guardare ai diversi sottogruppi e i loro problemi di salute, tenendo in considerazione sia le prime generazioni, che le seconde e i bisogni sanitari dei neoarrivati. In termini di strategie, importanti disomogeneità si rilevano sulla promozione di pratiche partecipative a più livelli e sulla promozione di pratiche di gestione organizzativa per promuovere servizi orientati alla diversità, alla CC e all'equità.

Se tutte le Regioni riconoscono l'importanza di ridurre le disuguaglianze sanitarie, definite come risultato di processi di ingiustizia sociale, si è messo altresì in evidenza la differente centralità di questo obiettivo nella struttura globale delle azioni delle politiche, con Piani Sanitari in cui il contrasto alle disuguaglianze appare più periferico nell'impianto complessivo e Piani, come quello dell'Emilia-Romagna, dove l'impegno all'equità attraversa le diverse azioni proposte.

Tutti i piani tutelano la salute delle persone straniere, promuovono la riduzione delle disuguaglianze e l'accesso ai servizi sanitari, ma non è stato possibile identificare il riferimento ad un modello organizzativo definito in letteratura di competenza culturale o sensibilità alle differenze, anche se le politiche del piano dell'Emilia-Romagna e della Toscana, sembrano designare un riorientamento dei modelli organizzativi, con un approccio più attento agli aspetti organizzativi e sistemici. L'Emilia-Romagna, anzi si riferisce al framework per sistemi sanitari equi, proposto dall'OMS (2014).

Se si guarda poi, in modo particolare, alla salute dei migranti le Regioni differiscono in termini di approccio: è evidente un approccio specifico per la salute dei migranti e nel Piano dell'Emilia-Romagna è proposto un approccio sensibile alla diversità e “intersezionale”, in sintonia con il crescente interesse verso tale approccio per sostenere politiche per l'equità (Hankivsky, 2014). Questa differenza risulta in una diversità priorità specifica accordata alla salute delle persone di origine straniera come “gruppo”, visibile nella presenza di sezioni dedicate nei documenti.

Il confronto delle politiche regionali permette di notare differenze nella concettualizzazione delle disuguaglianze, che appaiono rilevanti nell'indirizzare azioni sullo sviluppo e la riorganizzazione dei servizi, ovvero, in modo differente si esaltano i meccanismi discriminativi delle organizzazioni sanitarie, l'importanza di azioni multilivello e la promozione di una cultura organizzativa capace di promuovere equità e rispondere i "diversi" bisogni. Il piano sociosanitario del Piemonte, pur portando l'attenzione alla garanzia dell'accesso ai servizi non fa ampio riferimento al ruolo dell'organizzazione sanitaria nel ridurre o riprodurre disuguaglianze e ha un focus maggior sulle azioni di prevenzione, promozione della salute e intersettoriali. Mentre il principio dell'equità verticale sembra proposto in tutti e tre i piani quale valore fondante gli interventi, il Piano dell'Emilia-Romagna sembra mettere maggiormente l'accento sullo sviluppo di un sistema per l'equità per tutti.

Due approcci differenti sono presenti nelle politiche dell'Emilia-Romagna e della Toscana per garantire equità nell'accesso e nell'utilizzo appropriato dei servizi: nella prima è evidente il riferimento ad un approccio di sensibilità alla diversità e alle differenze come capacità di tenere in considerazione le molteplici differenze dell'utenza, nella seconda i servizi sanitari sono spinti a sviluppare sensibilità alla diversità culturale e linguistica per garantire equità per le persone di origine straniera. Mentre quindi nel primo caso prevale una concezione di diversità come molteplice e variabile, nel secondo caso c'è un focus maggiore sulla dimensione culturale e linguistica. È da sottolineare che in tutti e tre i piani sanitari, nonostante il ricorso ad una "chiave interculturale" nelle politiche, il concetto sembra esser dato per scontato e non c'è particolare attenzione ad una sua definizione. Una chiara definizione dei concetti consentirebbe di evitare rappresentazioni stereotipate dei bisogni di salute della popolazione straniera, come proposto dalla letteratura e di indirizzare in modo meno ambiguo ed efficace gli sforzi per la formazione degli operatori che le politiche richiamano (Grant *et al.*, 2013).

I piani si differenziano per la capacità di guardare ai diversi sottogruppi e i loro problemi di salute, tenendo in considerazione sia le prime generazione, che le seconde generazioni e i bisogni sanitari dei neo-arrivati. Ognuno dei tre piani sanitari sembra definire priorità di salute in modo particolare e contestuale. Il piano del Piemonte è molto focalizzato sulle condizioni di salute e di accesso dei migranti irregolari, mentre nel piano dell'Emilia-Romagna più evidente è la promozione della salute delle persone neo-arrivate, tra cui richiedenti asilo e rifugiati e della donna, mentre non è mai fatto riferimento alla "categoria migrante STP". Tale tematica è riformulata piuttosto come un problema collegato al possesso alla residenza (che riguarda quindi italiani e stranieri). Un'area tutelata trasversalmente è quella della salute femminile e in particolare l'area della salute materno infantile, in sintonia con l'analisi delle politiche sanitarie nazionali di Mladovsky *et al.*, (2012). In aggiunta in modo condiviso sono descritte politiche per la promozione e tutela della salute mentale, anche se, permangono specificità regionali: per la Toscana il tema della salute mentale è rilevante per richiedenti asilo e rifugiati e per vittime di tortura, in Piemonte è collegato maggiormente all'accesso ai servizi per i migranti "irregolari". Tali differenze nelle priorità e nei gruppi possono essere in parte spiegate dai diversi profili migratori delle Regioni e dal momento in cui sono stati redatti i documenti regionali. Il piano socio-sanitario dell'Emilia-Romagna è l'unico ad essere stato scritto dopo la crisi migratoria di richiedenti asilo e rifugiati avvenuta nel 2015.

Le differenze emerse negli approcci si rispecchiano nelle strategie per i servizi. Nel complesso, le strategie sono rivolte sia alla popolazione, per favorire inclusione linguistica, che all'organizzazione dei servizi. Interventi per migliorare l'accesso e rimuovere le barriere linguistiche sono citati in tutti i piani regionali, in particolare con l'implementazione della

mediazione culturale, ma, l'attenzione alle barriere burocratiche e all'accesso formale, sembra un tema approfondito in modo differente. Emergono differenze collegate all'impianto complessivo dei servizi: in Piemonte il tema dell'accesso è collegato in modo particolare ai servizi dedicati (centri ISI), mentre in Emilia-Romagna si propone il convenzionamento con gli attori del privato sociale. In Toscana, esso viene affrontato attraverso la formazione degli operatori e la formulazione di linee-guida regionali. Si sostengono inoltre le competenze dei professionisti sul tema e le pratiche dell'interculturalità e delle differenze.

Disomogeneità rilevanti, si riscontrano nell'attenzione volta alle pratiche gestionali di commitment organizzativo e ai processi partecipativi nei servizi sanitari. In sintonia con la letteratura internazionale si riconosce in Regione Toscana la figura dell'educatore sanitario di comunità (ESC) (Chiu *et al.*, 2008) per lo sviluppo di processi partecipativi e, in Regione Emilia-Romagna, l'adozione di strumenti di *equity assessment* come strategia a sostegno della programmazione sanitaria, come proposto dalla commissione sui determinanti di salute dell'OMS e in modo crescente nelle politiche internazionali e il "community lab" come metodo di progettazione partecipata. Diversamente dell'ESC, che ha come obiettivo interventi di promozione della salute, tale strategia pone la partecipazione come strumento di produzione delle politiche locali. Tuttavia, sembra importante sottolineare in questa proposta, una ridotta capacità di porre attenzione alle barriere alla partecipazione dei gruppi più vulnerabili.

In entrambe queste Regioni la partecipazione è un processo importante per la promozione della salute, in un'ottica di empowerment della comunità. È inoltre attribuito un ruolo chiave alle "seconde generazione" e sono proposte in modo trasversale azioni a sostegno delle associazioni di persone con un background migratorio. In Emilia-Romagna, il tema della partecipazione e della rete appare tutelato anche nella formazione degli operatori.

Strategie a sostegno dell'impegno organizzativo verso la riduzione delle disuguaglianze e la promozione della salute delle persone di origine straniera come i dispositivi di leadership e governance, sono più specifiche nelle Regioni in cui le disuguaglianze sono definite anche in termini di "equità organizzativa". In coerenza con l'approccio definito, in Emilia-Romagna si propone per le aziende, una funzione di coordinamento sull'equità, mentre, in Toscana questa è pensata specificatamente come dispositivo a tutela della salute degli stranieri. È da notare, inoltre, che nel primo caso sono definite più chiaramente alcune funzioni di gestione organizzativa, quali la pianificazione strategica aziendale, l'uso di strumenti di *equity assessment* e la tutela della congruenza tra i livelli organizzativi. Il piano socio-sanitario del Piemonte non indica la formalizzazione di figure specifiche nelle organizzazioni a presidio dell'equità dell'accesso, ma propone il coinvolgimento delle direzioni sanitarie per azioni di pianificazione strategica sul territorio regionale.

Limiti e conclusioni

L'analisi ha permesso di evidenziare diversità di approcci specifici al tema della promozione di servizi sanitari orientati all'equità e in particolar modo alla riduzione di disuguaglianze per la popolazione con un background migratorio.

Accanto ad un approccio più specifico e strutturale, presente in Emilia-Romagna e in Toscana, dove appare in modo più evidente la necessità di un riorientamento dei servizi sanitari affinché a più livelli siano in grado di rispondere ai diversi bisogni di salute, le politiche relative alla salute delle persone di origine straniera previste nel piano del Piemonte appaiono più ristrette e frammentarie, anche se riferite ad azioni molto specifiche. Soprattutto, pur avendo il pregio di

mettere al centro delle azioni la fascia di popolazione più vulnerabile, come rilevato dalle politiche internazionali, sembrano collegate ad una rappresentazione della popolazione migrante più stereotipata.

Poiché l'approccio interculturale come strategie per migliorare l'accesso è apparso trasversale alle politiche, nonostante i diversi orientamenti, sembra importante promuovere una maggior chiarezza del concetto.

I dati vanno letti alla luce di alcune limitazioni: la comparazione ha previsto l'analisi di documenti prodotti in periodi differenti nelle Regioni (solo il piano dell'Emilia-Romagna è contemporaneo all'analisi) e non è stato incluso nello studio il piano socio-sanitario più recente della Toscana, pubblicato successivamente all'analisi. Inoltre, lo studio potrebbe beneficiare dell'analisi di ulteriori documenti in un'ottica longitudinale/storica (es. precedenti piani socio-sanitari) per approfondire lo sviluppo e l'evoluzione degli approcci e delle strategie individuate nelle politiche, o dell'analisi delle delibere regionali e di altri documenti di programmazione (es. i piani regionali della Prevenzione o piani dell'Integrazione) per comprendere l'integrazione delle varie disposizioni regionali. Infine, la loro classificazione comparativa potrebbe non rendere pienamente giustizia alle visioni o alle idee alla base degli approcci.

Poiché le politiche regionali, soprattutto nel sistema sanitario italiano, hanno la capacità di modellare il modo in cui le organizzazioni sanitarie promuovono l'assistenza, riconoscere gli approcci e le strategie pensate nelle politiche regionali può sostenere lo sviluppo di azioni e interventi concreti verso modelli di organizzazione dei servizi orientati all'equità, culturalmente competenti e sensibili alle differenze.

3.2 Le politiche regionali su competenza culturale, equità e sensibilità alle differenze: la percezione degli stakeholder

In questa sezione sono descritti i risultati dell'analisi tematica compiuta a partire dal materiale trascritto delle interviste svolte con 19 partecipanti appartenenti al mondo dei servizi socio-sanitari e delle organizzazioni no-profit delle tre Regioni che compongono lo studio. I risultati sono presentati Regione per Regione e poi discussi comparativamente.

Le aree discusse attraverso l'analisi dei risultati sono: il sostegno delle politiche all'implementazione di servizi culturalmente competenti e sensibili alle differenze; i dispositivi di coordinamento regionale, la partecipazione al "policy-making" e l'advocacy, le pratiche implementate dai servizi sanitari regionali; le barriere all'implementazione delle pratiche culturalmente competenti e le aree di miglioramento per lo sviluppo di servizi sanitari culturalmente competenti e sensibili alle differenze e partecipativi.

A monte della presentazione dei risultati regione per regione si presentano i dati relativi alla presenza di *barriere all'accesso e all'accessibilità dei servizi*, trasversali alle tre Regioni.

3.2.1 Barriere all'accesso e all'accessibilità dei servizi

Diversi intervistati riportano episodi che testimoniano la presenza di barriere all'accesso e all'accessibilità dei servizi sanitari per la presenza di barriere linguistiche, burocratiche, di variabilità nell'interpretazione della normativa e atteggiamenti discriminatori del personale sanitario e amministrativo. Un esempio più volte riportato riguarda le difficoltà di prenotazione degli esami medici (es. uffici CUP).

Quindi nel momento in cui loro vanno da soli non arrivano neanche ad avere un approccio tante volte, perché sono scartati oppure siamo subito chiamati "tu non puoi venire da solo perché tu non parli" anche se lui magari parla, "ti devi far accompagnare da un operatore, perché io devo parlare con un italiano o qualcuno che mi capisca". (I.17, Terzo Settore, Piemonte)

Dal punto di vista amministrativo il requisito della residenza si pone per alcuni come grave ostacolo all'accesso per i migranti irregolari. Si sottolinea che i problemi burocratici riguardano non solo i neo-arrivati o richiedenti asilo, ma anche un'ampia fetta della popolazione straniera che con la crisi economica ha visto ridursi le possibilità di accesso al mondo del lavoro perdendo i requisiti per il permesso di soggiorno e quindi per l'iscrizione al servizio sanitario nazionale.

Saranno centinaia di persone che non hanno possibilità di accedere a nessun tipo di tessera sanitaria quindi a niente perché magari è scaduto il permesso di soggiorno e hanno la residenza perché per avere l'STP non devono avere la residenza e non avere il permesso di soggiorno, se hai uno dei due non te lo fanno l'STP. Quindi non hanno nessun tipo di assistenza e non possiamo richiedere per loro su un ricettario nessun tipo di esame, nessun tipo di visita, e guardi bene che si parte con gli extra comunitari magari la sua ricerca riguarda solo gli extra comunitari, per inciso si tratta anche di italiani (I.5, Terzo Settore, Emilia-Romagna)

Molti intervistati fanno riferimento ai problemi collegati all'accessibilità dei servizi. Alcuni riportano limitata sensibilità alla "diversità culturale" dei servizi sanitari e una impreparazione sui temi della violenza e della tortura per richiedenti asilo. C'è chi ha evidenziato i limiti di un approccio "prettamente" sanitario, che non prende in considerazione come le condizioni di vita precarie possono interferire nel processo clinico e nella partecipazione ai processi di cura.

D'altra parte ho in mente un signore indiano del Bangladesh che prima di venire da noi con alcolismo disastroso prima di venire da noi aveva fatto, 12 mesi prima, aveva fatto 150 accessi

al pronto soccorso..... Nell'ultimo periodo con la complessità portata ai richiedenti asilo, complessità che c'è sempre stata non è mai stata dato un rilievo (I.10, Terzo Settore, Toscana)

3.2.2 Emilia-Romagna

3.2.2.1 Il sostegno delle politiche regionali all'implementazione di servizi culturalmente competenti e sensibili alle differenze

Quest'area rappresenta i dati sulla percezione delle politiche regionali che favoriscono la CC nei servizi, identificando il tipo di politiche cui gli intervistati hanno fatto riferimento, la loro appropriatezza rispetto a problemi rilevanti, la priorità attribuita al tema nelle regioni.

Gli intervistati fanno riferimento a differenti tipologie di politiche: la normativa regionale che regola l'accesso; i piani socio-sanitari e di prevenzione, la costituzione di dispositivi di coordinamento regionale per l'implementazione nei servizi sanitari di pratiche rivolte alla popolazione straniera o all'equità. Inoltre, c'è chi considera le politiche locali dell'accoglienza di rifugiati e richiedenti asilo.

A garanzia dell'equità (per tutti) è riconosciuto, da alcuni partecipanti, un generale orientamento delle politiche dei servizi socio-sanitari verso la promozione della salute e le cure primarie, nonché un'alta qualità delle politiche sanitarie rispetto alle altre Regioni italiane. Tuttavia, anche se si riconoscono elementi di "eccellenza", molti sottolineano aspetti di "incompletezza" e aree di miglioramento.

Alcuni partecipanti del settore dei servizi sanitari valorizzano la sensibilità della Regione al tema dell'equità d'accesso, e qualcuno, in particolare, l'orientamento all'equità dei piani socio-sanitari e dell'*Agenzia Sanitaria Regionale* e il suo gruppo di lavoro sull'equità. Come esempio di un passato investimento della Regione sulla tutela della salute delle persone di origine straniera e sullo sviluppo dei servizi sanitari verso pratiche sensibili ai bisogni dei migranti, un intervistato cita le linee di indirizzo dei primi anni 2000 e la costituzione di un tavolo di coordinamento delle aziende sanitarie regionali sulla salute dei migranti. Mentre alcuni riconoscono come presente un'attenzione e una sensibilità della regione sui temi dell'immigrazione, altri non sentono il tema al centro delle priorità.

Ai miei tempi, c'era un protagonismo regionale molto spinto... Perché hanno creato un ufficio regionale ad hoc... Poi la Regione ha dato solo le direttive, no? Fate in modo di far assistere anche i soggetti migranti. Poi ogni azienda ha sviluppato il modo migliore per lui per, diciamo così, far fronte a questa esigenza. (I.4, Servizi sanitari, Emilia-Romagna)

Altri intervistati del terzo settore hanno visioni molto critiche sulle politiche regionali, guardando alla normativa regionale che regola l'accesso ai servizi sanitari. In particolare, la Regione non avendo recepito formalmente e interamente l'Accordo Stato-Regioni del 2012 appare avere una normativa che non garantisce il diritto all'esenzione per gli immigrati irregolari indigenti o l'accesso al pediatra di base per i minori neo-comunitari.

Però, ripeto, non c'è neanche il discorso economico e poi è scandaloso come una Regione come l'Emilia-Romagna, che è sempre stata molto sensibile all'equità di accesso ai servizi, che ne ha fatta una bandiera a livello nazionale per l'universalità delle cure che tutti possono accedere, poi si comporta così nei confronti dei migranti irregolari. (I.5; Terzo Settore, Emilia-Romagna)

Due intervistati appartenenti ai servizi sanitari hanno valorizzato l'approccio all'equità delle politiche come superamento di una visione targettizzante, e come approccio più riconoscibile dall'opinione pubblica, pur ammettendo il rischio di una sua interpretazione "universalista".

Aspetti critici delle politiche sanitarie rivolte alla tutela della salute delle persone straniere sollevati da altri intervistati riguardano la capacità delle politiche di considerare i diversi sottogruppi di popolazione come le seconde generazioni o le prime generazioni e un focus specifico sui bisogni sanitari di richiedenti asilo che rischia di portare a una “frammentazione” delle pratiche.

Che io condivido molto, nel senso che la regione Emilia Romagna secondo me ha questo approccio che da, da certe persone viene visto come "non si fa niente per i migranti" capito? non si fa niente per i migranti perché poi questo approccio spesso ehm... sì, si traduce nel boh, universalismo, quindi è equo oppure qualche altra stupidaggine, se però tu le cose le fai bene con quel mandato invece generale, tu fai sì veramente, cioè sei veramente in grado di identificare quali sono le dimensioni di disuguaglianza e di lavorare su quelle reali che, nell'80% dei casi è vero sono anche di cittadinanza, no? però magari a livello di istruzione per cui non è il migrante, ma è la persona poco istruita e, spesso anche migrante, ma non sempre[...] Per cui capito? c'è proprio, però quella tipologia di persone lì, secondo me non viene proprio... cioè, è talmente tanto mediaticamente... spazzata la presenza di quelle poche persone fortemente vulnerabili, che tutti gli altri, che sono quelli che veramente hanno... forti disuguaglianze, poi di accesso, di esito anche, non le consideri capito? e questo sarà un problema grandissimo perché poi con le malattie croniche che comunque stanno arrivando, lì hai proprio bisogno di averli dentro il sistema. (I.2; Servizi Sanitari, Emilia-Romagna)

Infine, si sottolinea quale nodo critico, nelle ultime interviste svolte, l'attuale capacità delle politiche sanitarie, come il Piano socio-sanitario regionale, di rispondere ai nuovi cambiamenti posti dalla politica nazionale che ha messo in discussione le politiche di integrazione di richiedenti asilo e di protezione internazionale.

3.2.2.3 I dispositivi di coordinamento regionale

In Emilia-Romagna è attivo, tramite l'Agenzia Sanitaria Regionale, il coordinamento dei board dell'equità collegato, attualmente, agli obiettivi del piano socio-sanitario regionale. È presente da dieci anni come evoluzione di alcuni progetti nominati “osservatorio sull'equità e le disuguaglianze” e “laboratorio equità”. Svolge attività di coordinamento con i “referenti aziendali dell'equità”, definiti in base alle politiche regionali per l'implementazione dei piani dell'equità e degli strumenti di Equity Assessment.

Un intervistato ha citato un tavolo di coordinamento specifico sulle pratiche implementate nei servizi rivolte alla popolazione straniera, attivo fino al 2015-2016, composto da alcuni referenti nominati dall'aziende sanitarie, impegnato in attività di formazione e coordinamento. In particolare, era coordinata un'azione di monitoraggio attraverso un report annuale sulle azioni sviluppate per la tutela della salute dei migranti (es. mediazione culturale o servizi per l'utenza STP), ritenuta un'azione positiva perché capace di stimolare il commitment delle aziende, ma allo stesso tempo critica per il rischio di un'interpretazione “adempitiva”.

Attualmente il tavolo regionale sull'equità sta promuovendo attività formativa a tutti i livelli per “rinforzare il più possibile l'idea e la cultura dell'approccio d'equità nelle aziende a tutti i livelli”. Oltre alla formazione, si è sviluppata l'attività di coordinamento al gruppo di referenti aziendali sull'equità fornendo supporto a distanza o in loco su obiettivi e azioni specifiche, tra cui l'utilizzo degli strumenti di equity assessment in accordo con il piano sanitario regionale. In particolare, c'è un attuale investimento sulla consulenza all'implementazione dei dispositivi organizzativi “board equità”, per la pianificazione e programmazione aziendale per promuoverne un effettivo funzionamento.

Ci siamo resi conto che i board non funzionavano più come dovevano, per cui la scelta per quest'anno e tutto il lavoro che stiamo ancora portando avanti è stata quella di ragionare con le singole aziende su come ristrutturarli, ricostruirli, rivedere nella composizione le attività ma non più dando delle indicazioni di livello regionale che andassero a cascata sul, sul livello locale ma lasciando libertà alle aziende di muoversi come meglio credevano. (I.6; Servizi sanitari, Emilia-Romagna)

Sono stati individuati da alcuni partecipanti fattori ostacolanti alla possibilità dei dispositivi di favorire il coordinamento e l'implementazione nei servizi sanitari, che riguardano: il limitato "potere" e le limitate risorse fornite ai dispositivi di coordinamento, la funzione organizzativa dei referenti aziendali, il mancato coinvolgimento del terzo settore, come evidente nello stralcio qui riportato:

[i referenti erano] Urp in alcuni casi oppure CUP in altri casi, che non sono operatori sanitari, ma sono degli operatori amministrativi, burocratici, così... E la Regione non ha detto niente, giustamente [...] Poi, è stato depotenziato questo servizio. C'è da dire questo, che i responsabili di questi servizi non sono ben goduti nell'ambito in generale del volontariato. Perché? Perché sono quelle persone che hanno ragionamenti in termini di aziende, perché loro dicono: la priorità è da dare agli operatori aziendali, quindi non hanno creato questo gruppo di lavoro che va oltre il loro istituto, oltre il loro ruolo di personale e basta. Quindi hanno tenuto fuori tutto l'ambito del terzo settore, quindi tutto il volontariato, che sono molto attivi sull'ambito immigrazione, si sono indirizzati soprattutto a livello delle aziende sanitarie, ospedaliere, diciamo così. Neanche a livello di aziende sociali tipo comune, così. (I.4; Servizi Sanitari, Emilia-Romagna)

3.2.2.4 La partecipazione alla produzione delle politiche regionali

Sono qui analizzati i temi relativi alla percezione dello sviluppo di pratiche di partecipazione delle persone e gruppi di origine migrante o di loro stakeholder alla produzione di politiche regionali.

Quali meccanismi formali di partecipazione, alcuni partecipanti richiamano le pratiche di "community lab" come il dispositivo regionale che favorisce l'integrazione socio-sanitaria, la partecipazione "comunitaria" e la progettazione partecipata come applicazione del Piano Sanitario Regionale e i "Piani di Zona" (molti gruppi di lavoro dei community lab, in particolare, si sono occupati del tema di povertà e inclusione sociale).

In questo senso è stata valorizzata l'integrazione tra le politiche regionali, le pratiche partecipative dei community lab e i progetti rivolti ai richiedenti asilo e rifugiati.

Un intervistato, quindi, esprime la percezione di una maggior sensibilità, rispetto al passato verso il tema della partecipazione delle persone straniere:

Su questo aspetto lì, ad esempio, ai miei tempi, quando c'è un progetto di questo tipo, le uniche associazioni che sono praticamente prese in considerazione, sono quelle di stakeholder dove ci sono italiani. Questa volta, è iniziato quest'anno, la Regione ha cercato di mandare proprio un suo personale a riunire la società del volontariato, cercando di spiegare un po' qual è quel progetto e come si fa a partecipare a quel progetto. Quindi ti dico un tempo non era assolutamente pensabile...ci sono delle istituzioni a spot che ogni tanto ti stupiscono. (I.4; Servizi sanitari, Emilia-Romagna).

Se per alcuni le politiche regionali sulla partecipazione (es. community lab) possono garantire il coinvolgimento della popolazione straniera, per altri non sono sufficienti, nella misura in cui non danno chiare indicazioni alle organizzazioni sulla partecipazione di persone straniere. La

maggior parte dei partecipanti esprime, infatti, la necessità di un maggiore investimento su questo tema a livello Regionale: *“vanno assolutamente individuati gli strumenti, i contesti, i luoghi e anche le facilitazioni necessarie per introdurre un meccanismo consultivo con una popolazione che non ha mai voce”*. Si esprime, inoltre, il bisogno di una maggiore integrazione a livello di assessorati fra il piano sociale e il piano sanitario.

Allora, il tema della partecipazione l'hai visto, il tema della progettazione partecipata e della partecipazione comunitaria in Emilia Romagna è centrale, nel senso che ci sono lavori di tutti i tipi sul campo... laboratori, cose, la regione arriva dappertutto ed, ed è centrale, il problema è che, che io sappia, non c'è nessuna esperienza che mira, anche qui, a coinvolgere, specificatamente i migranti, nel senso che, la partecipazione comunitaria, dopo di che, immagino io, se vai in un territorio ad alta densità abitativa di migranti, ovviamente dovrai coinvolgere loro, però non capita? una politica per questo secondo me, invece poi sarà una carenza (I.2; Servizi Sanitari, Emilia-Romagna).

Un progresso verso lo sviluppo di processi partecipativi è rappresentato dalla nuova delibera, nata dall'azione di advocacy del GRIS¹¹ locale, che predispone il convenzionamento fra ASL e Terzo Settore per gli ambulatori medici (per l'utilizzo del ricettario rosso, per l'individuazione di percorsi che facilitino in tempi appropriati l'accesso a casi di particolare rilevanza e l'erogazione dei farmaci attraverso la farmacia ospedaliera) e la costituzione di un tavolo di lavoro per monitorare le criticità fra terzo settore e i direttori dei dipartimenti delle cure primarie.

Per la produzione di politiche in modo partecipato alcuni citano il ruolo del GRIS come gruppo che può “tenere insieme” gli operatori e i rappresentanti delle comunità straniere. Un'intervistata, però, mette anche in luce un'azione di advocacy focalizzata sui gruppi vulnerabili.

Alcuni intervistati raccontano del processo di concertazione fra Regione e GRIS avviato a partire dal 2013 per favorire un “*ruolo di regia*” della Regione sulle pratiche per garantire l'accesso formale ai servizi sanitari, esitato nella delibera citata sopra che prevede il convenzionamento tra ambulatori gestiti dal terzo settore.

Gli intervistati del terzo settore fanno, quindi, riferimento a processi di advocacy a livello dei servizi sanitari e a livello degli assessorati regionali attivati a partire dalle criticità riscontrate per l'assistenza sanitaria in un'ottica di equità, come l'iscrizione al pediatra di base per chi ha un codice ENI, la richiesta di segnaletica in lingua nelle case della salute o l'intervento della mediazione nei servizi CUP. In un caso si descrive il processo che ha favorito la formalizzazione a livello regionale delle attività di “segretariato sociale” come forma di mediazione nelle aziende sanitarie.

Gli intervistati discutono della difficoltà di sviluppare azioni di advocacy sui temi dell'equità e alcuni citano come ostacoli il progressivo orientamento verso un approccio economico e alla privatizzazione dell'assistenza sanitaria o la mancanza di referenti aziendali dedicati alla salute dei migranti che riduce le possibilità di interlocuzione nel momento in cui si riscontrano criticità nell'erogazione dei servizi a livello locale. Si fa riferimento inoltre all'influenza dell'attuale clima politico, così come alla “sospensione” alla produzione di politiche in concomitanza con le elezioni regionali. Quali facilitatori, gli intervistati riconoscono la possibilità di mostrare benefici delle azioni proposte per la qualità dei servizi ed evidenze a supporto della percezione delle criticità rilevate.

Aggiungo il pezzo cioè per noi è stato molto difficile, per noi diciamo come società civile organizzata, portare questo tema all'attenzione della Regione...per una certa autoreferenzialità. A me sembra che forse la regione anche in buona fede, non lo so, è convinta di fare cose... io non è che voglio dire che loro non facciano cose. Quello che posso dire quello che posso dire proprio senza paura di essere smentita, perché lo vedo quotidianamente, è che ci sono moltissime criticità

¹¹ Gruppo locale immigrazione e salute. Sono i gruppi locali della SIMM (Società Medicina delle Migrazioni)

e che queste criticità difficilmente trovano un punto di ascolto (I.1; Accademia e Terzo settore, Emilia-Romagna).

3.2.2.5 Implementazione di pratiche culturalmente competenti, eque e sensibili alle differenze nei servizi sanitari

Gap di implementazione e disomogeneità territoriale

Un tema condiviso fra gli intervistati è “il gap di implementazione e la disomogeneità territoriale” per descrivere lo sviluppo dei servizi verso pratiche migrant-sensitive e orientate all’equità. Un’intervistata parla, addirittura, di situazione “*schizofrenica*” per la compresenza di risorse, documenti di programmazione di eccellenza (es. Piano Socio-Sanitario) e di grandi difficoltà nel sistema sanitario “*una situazione generale di abbandono, frustrazione, disillusione*”.

L’implementazione nel territorio regionale risulta essere generalmente percepita come disomogenea “*marce diverse*” con presenza di contesti di buone prassi e allo stesso tempo con organizzazioni e contesti con pratiche poco sviluppate in senso “*migrant-sensitive*”. Pure essendoci percezioni differenti sul grado di sviluppo di pratiche CC e d’equità nei servizi (si veda i due stralci di seguito riportati), si esprime, trasversalmente il bisogno di un investimento ulteriore verso una maggiore sistematicità delle pratiche, e da parte di alcuni, il bisogno di un investimento verso modelli capaci di considerare la diversità culturale e la complessità dei bisogni in un’ottica “*bio-psico-sociale*”.

Vedo che i nostri servizi si stanno muovendo, in generale, su tutto il tema equità, non necessariamente solo su l'aspetto...l'aspetto migranti ... Viaggiamo in tutte le aziende a marce ben diverse cui abbiamo situazioni in cui, come dire, l'aspetto dell'equità è molto curato anche molto avanzato come sistemi di valutazione, come pratiche consolidate nella programmazione, in altri casi siamo ancora in una fase...non voglio dire preliminarmente ma diciamo è ancora un po' da sostenere. (I.6; Servizi Sanitari, Emilia-Romagna).

Quindi, è un tema [quello delle disuguaglianze] che è emerso sicuramente è emerso anche in maniera visibile a cui è stata dedicata o si sta dando attenzione dal punto di vista anche della ricerca, se vogliamo, comunque, ma in termini di proprio operatività, soprattutto per quanto riguarda il discorso delle persone di origine immigrata, mi sembra che non ci sia granché. (I.1; Accademia e Terzo settore, Emilia-Romagna)

Quando parlano della disomogeneità che caratterizza il contesto regionale gli intervistati si riferiscono quindi sia al livello di commitment delle direzioni delle aziende sanitarie, rilevando nei casi critici “*approcci burocratici*” o “*prettamente sanitari*”, che all’implementazione di pratiche specifiche al livello manageriale (es. *equity assessment*).

La disomogeneità viene letta da alcuni anche in relazione alle scelte strategiche nel sistema di erogazione: l’implementazione di servizi dedicati è descritta come una scelta fatta dalle singole aziende sanitarie in risposta al fenomeno migratorio negli anni 2000, secondo la quale alcune hanno sviluppato convezioni con ambulatori del privato sociale, altre hanno implementato ambulatori dedicati.

In generale gli intervistati riconoscono una maggiore diffusione nelle aziende sanitarie di pratiche indirizzate alla barriera linguistica, alla mediazione culturale e alla formazione degli operatori. Pur riconoscendo un investimento sulla formazione degli operatori, c’è chi esprime, tuttavia, perplessità per l’efficacia delle attuali modalità formative nel produrre cambiamento.

Ma anche, per esempio, sull'accesso agli screening, tante cose di questo tipo, che sono assolutamente attente da questo punto di vista, in tutte le lingue, con anche un'iconografia pensata per le diverse culture, per cui comunque da questo punto di vista, loro come... come ti

posso dire? come campagne regionali ci sono, spesso ... che sono tradotti in varie lingue, capito? quindi questo c'è. C'è un servizio di mediazione, più o meno funzionante, che si può attivare e questo da noi per esempio in Romagna c'è, però non dappertutto, cioè negli ospedali più periferici, così, non, non li trovi (I.2; Servizi Sanitari, Emilia-Romagna)

Gli intervistati hanno riconosciuto esperienze o contesti organizzativi di “buone prassi” che sono stati sviluppati o si stanno sviluppando nelle aziende regionali: l’assunzione di antropologi come personale strutturato, ricerche sulle disuguaglianze; l’implementazione di un processo d’*Equity Assessment* che ha portato all’implementazione di un servizio di recall per gli screening effettuato da una mediatrice di lingua araba. In particolare, di questa pratica, si valorizza la valutazione d’impatto sugli accessi e la sua valutazione in termini costi-benefici.

Posizioni differenti emergono sui servizi dedicati e in particolare sui consultori “donna immigrata” che sono presenti in alcune aziende della Regione. Da alcuni sono citati come buona prassi riconoscendone il valore dell’alta accessibilità, dell’approccio interdisciplinare e dell’integrazione del servizio di mediazione culturale. Da altri sono messi in discussione per il rischio di ghettizzazione e per l’approccio targettizzante, per il rischio di creare una percezione di favoritismo nella popolazione italiana e per il rischio di sviluppare pratiche discriminative basate su una visione “stereotipata” dell’utenza come soggetto vulnerabile.

Implementazione di pratiche partecipative nei servizi sanitari

L’implementazione di pratiche partecipative nei servizi sanitari appare generalmente non altamente visibile, pur in presenza di alcune “buone pratiche”. Per alcuni, le pratiche partecipative sembrano implementate diversamente nelle aziende sanitarie, in base alle diverse concezioni di partecipazione che più spesso mirano alla consultazione o alla diffusione di informazioni sulla salute o sui servizi, piuttosto che alla co-progettazione delle politiche organizzative.

Io di esperienze da noi specifiche, non te le so dire, cioè da altre aziende non lo so, da noi specifiche non ne ho in mente, dico che quello che noto è che nonostante la partecipazione sia tra le cose, cioè tra le linee centrali della programmazione di questa azienda come della Regione, qui in azienda se io penso a delle esperienze di partecipazione della, con la popolazione migrante, non me ne viene in mente una. (I.2; Servizi Sanitari, Emilia-Romagna).

Altri partecipanti fanno riferimento a pratiche partecipative di co-produzione di personale di origine straniera per l’accesso ai servizi. Sono presenti in una ASL, ormai da anni, la figura del “promotore della salute” e l’azione di “segretariato sociale”. Si tratta, in questi casi, di personale di origine straniera con compiti di promozione della salute o di facilitazione dell’accesso e “navigazione” nei servizi sanitari, favorendo incontri di promozione della salute con la comunità o offrendo un servizio di orientamento negli uffici CUP, per tutta l’utenza. Alcuni partecipanti hanno citato come buone prassi le esperienze dei servizi dedicati delle aziende sanitarie di Parma e Reggio-Emilia, sviluppati in collaborazione fra pubblico e privato come servizi multidisciplinari e in grado di rispondere ai bisogni socio-sanitari delle persone di origine straniera e di attivare un “pensiero critico” rispetto alle prassi organizzative che regolano l’accesso. Nell’Ausl di Parma è stata istituita dal 2008 un’équipe congiunta formata da personale Ausl, e operatori legali di un’associazione del terzo settore, sanitari *etc*, per affrontare, inizialmente, il tema delle vittime di tortura -emersione, diagnosi e presa in carico - e poi estesa ad altre categorie di vulnerabilità nella popolazione migrante.

3.2.2.6 Barriere all'implementazione di pratiche CC

Le barriere all'implementazione delle politiche che incidono sulla possibilità di erogare servizi e progettare interventi nell'ottica dell'equità d'accesso e dell'assistenza sono ricondotte primariamente alle barriere di collegamento fra il livello delle politiche regionali e il livello organizzativo, oltre a barriere di tipo organizzativo e professionale.

Una barriera all'implementazione delle politiche regionali è costituita dall'assenza di sistemi di valutazione della performance basati sull'"efficienza", ovvero sul numero delle prestazioni e sulle tempistiche delle prestazioni erogate. Questi ultimi sarebbero incoerenti rispetto a un sistema orientato all'equità che richiede invece maggiore flessibilità: *"pensare di essere flessibili quando non è una cosa su cui vengo valutato e rischia di diventare potenzialmente del volontariato che faccio togliendo tempo ad altre cose più importanti"*.

Alcuni intervistati riconducono le barriere all'implementazione alla mancanza di chiarezza e condivisione dei concetti legati all'equità e alla mancanza di direttive chiare (a livello metodologico) nelle politiche regionali. Nei servizi sembra permanere l'ancoraggio ad una concezione di equità legata al valore dell'universalismo, piuttosto che al valore della "giustizia sostanziale", che richiede di differenziare gli interventi in proporzione al bisogno di salute. Inoltre, si percepisce un "restringimento" del concetto di equità alla sola dimensione dell'accesso, oppure si riscontrano reazioni "ciniche" che portano a vedere un orientamento all'equità come "un di più" (*"ecco, quest'anno va di moda parlare di equità e mo' ci tocca fare qualcosa di più"*).

Alcuni partecipanti fanno riferimento alla mancanza di meccanismi di monitoraggio dei processi di accesso e alla difficoltà di poter riconoscere meccanismi discriminativi anche involontari da parte delle organizzazioni e del personale.

Un'altra cosa che non viene tanto, secondo me, proprio letta e che si fa molta fatica anche a parlarne è quella invece delle disuguaglianze all'interno dei servizi. Quindi, secondo me, questa è la sfida più difficile perché in realtà non voglio uscire dal tema, però davvero una sfida che riguarda tutti, cioè riguarda tutte le persone (I.1; Accademia e Terzo Settore, Emilia-Romagna)

Un tema riportato riguarda la carenza di risorse strutturali economiche e di personale del sistema sanitario. Ciò riduce le capacità di intervento e la possibilità di investimento da parte delle organizzazioni sui temi dell'equità e della salute dei migranti. La mediazione culturale risulta per alcuni ancora precaria, per il profilo professionale non riconosciuto o "sottovalutato". Trasversale per i livelli è il tema del clima politico, anche in relazione alle politiche nazionali, che alimenta in modo grave messaggi negativi sull'immigrazione.

3.2.2.7 Aree miglioramento per lo sviluppo di servizi culturalmente competenti e sensibili alle differenze

Le aree di miglioramento indicate nelle interviste per ridurre il gap di implementazione riguardano il coordinamento a livello regionale; pratiche organizzative e professionali per sostenere il commitment dei servizi.

Per favorire il commitment delle organizzazioni sanitarie, gli intervistati indicano l'inserimento degli obiettivi della direzione generale sulla salute degli stranieri o sull'equità come strumento per dare priorità al tema e risorse, sfruttando il sistema di incentivi, valutazione e accountability fra il livello regionale e locale.

Dare mandati chiari e lavorare in quell'ambito, per esempio, non lo so, decidi di lavorare sugli stili di vita, per dire, tu devi dare dei mandati chiari dicendo che devi coinvolgere almeno tot, cioè dovresti avere capito? ...per cui dentro gli indicatori che tu hai dei diversi progetti per vedere in maniera chiara, ma anche solo nel piano regionale della prevenzione, non la penso una cosa difficile, quanti migranti o come fare per raggiungere anche quella parte di popolazione. (I.2; Servizi Sanitari, Emilia-Romagna)

In aggiunta, per favorire l'equità da un punto di vista organizzativo sembra necessario lavorare per diffondere una cultura orientata alla qualità e alla valutazione dei servizi ("cultura del dato"), costruendo un sistema di valutazione della performance coerente, non solo orientato all'efficienza e alla valutazione quantitativa. Si propone da alcuni una presenza della mediazione culturale più strutturale attraverso direttive regionali e un intervistato suggerisce l'implementazione di politiche aziendali che disciplinano i comportamenti professionali, prevedendo forme di "sanzioni", per esempio, sul mancato utilizzo della mediazione culturale.

Per contrastare i limiti di una formazione "standardizzata" e non ancorata all'esperienza dei contesti organizzativi, un'intervistata propone lo sviluppo di processi formativi di "ricerca-formazione", con il coinvolgimento delle direzioni sanitarie, per favorire la sostenibilità delle pratiche e la partecipazione dell'utenza.

3.2.2.8 Barriere alle pratiche di partecipazione

Gli intervistati riconoscono diverse barriere alla possibilità di attivare processi partecipativi. È presente, per alcuni, una visione critica che rimanda ai meccanismi di esclusione sociale, del razzismo, e al crescente clima politico e sociale "anti-immigrazione".

Si riconoscono maggiori difficoltà alla partecipazione delle persone di origine straniera come conseguenza dei limiti delle politiche di integrazione sociale nazionali, come la mancanza dei diritti di cittadinanza delle seconde generazioni.

Ora perché ho detto questo nella tua domanda? Perché mi dà l'idea che finché noi non riusciamo a legittimare anche in termini di diritto questa parte della popolazione e metterla al sicuro dalle ricattabilità che ne sono proprie allora sarà sempre difficile chiedere un investimento ed una partecipazione a quelli che sono dei processi che ad oggi troppo spesso li escludono e quindi non li riguardano direttamente ... Finché questi sono considerati una minoranza minacciosa degli equilibri economici culturali del paese non incorporano un livello di legittimazione tale per cui possono essere qualcosa di più che non un peso assistenziale (I.7; Terzo settore, Emilia-Romagna)

Le barriere all'attivazione dei processi partecipativi sono ricondotte inoltre alla questione della rappresentatività e alla numerosità dei gruppi sociali e di provenienza che rende complesso identificare gli interlocutori.

Si propone come barriera il perdurare di una visione del migrante come soggetto vulnerabile, e una incapacità di vedere le "seconde generazioni" come risorsa nella progettazione dei servizi e delle politiche.

Molti pensano che non importa che intervengano loro ma io posso parlare a nome loro, cioè più di una... idea, un po' perché continuano a pesare ancora che c'è una fase della immigrazione, almeno nella prima fase, dove ci sono adulti che non conoscono bene il contesto, e quindi il loro fabbisogno primitivo primordiale era quello casa, dormire e lavoro [...] Quindi questo secondo me deve essere superato perché ormai ci sono le seconde generazioni... E su questo aspetto i servizi fanno fatica a vederlo (I.3 Servizi sanitari, Emilia-Romagna).

Si sottolineano le difficoltà delle esperienze di co-produzione con persone straniere a livello di erogazione dei servizi, per la discriminazione e la diffidenza di personale o utenza, ma anche una generale difficoltà nel proporre il tema della partecipazione “tout-court” nei servizi sanitari come processo di progettazione partecipata in grado di favorire innovazione nei servizi.

3.2.2.9 Aree di miglioramento per favorire pratiche partecipative nella produzione delle politiche e nello sviluppo dei servizi

Le aree di miglioramento per favorire l’implementazione di processi partecipativi sono riconducibili sia a strumenti per favorire il coinvolgimento dei soggetti, sia a strumenti per favorire l’impegno delle organizzazioni.

Sul primo versante, parte delle azioni di miglioramento identificate riguardano il problema della rappresentatività.

Si indicano quali strategie su cui investire la “mappatura” e, in particolare, il “riconoscimento” e il supporto alle associazioni locali e dei gruppi locali nell’idea di promuovere processi partecipativi dal basso su problemi rilevanti e concreti per i diversi attori. Per favorire la rappresentanza, la capacità di incidere sui processi partecipativi e mantenere relazioni collaborative, bisognerebbe per alcuni incrementare esperienze di formazione sul diritto alla salute e sulle normative di accesso.

La Casa della Salute dovrebbe essere lo spazio sia dell'integrazione sociale sanitaria e sia del rapporto con i cittadini, della partecipazione proprio quindi quello potrebbe essere l'ancoraggio... dove a partire dalle discussioni, appunto, non c'è il cartello... discussioni concrete che sono quelle dove le persone si agganciano perché se tu vuoi fare la partecipazione sulla macro-politica- regionale anche lì è difficile che chiami il muratore marocchino al tavolo se devi discutere di come può funzionare meglio un servizio e sono comunque difficile però magari la donna marocchina che accede al servizio per la gravidanza invece può essere un punto di contatto per un'interlocuzione un po' più alta per la costruzione....quindi partendo da lì bisognerebbe riaprire degli spazi di partecipazione (I.1; Accademia e Terzo settore, Emilia-Romagna)

Pareri contrastanti sono emersi sul dispositivo della consulta degli stranieri, quale dispositivo in grado di favorire partecipazione. Nella logica dello sviluppo di processi partecipativi dal basso, alcuni intervistati sostengono l'utilizzo dei servizi sanitari come luoghi stabili di scambio e confronto fra utenza e comunità.

Promozione della salute/segretariato sociale culture-oriented perché la cosa che io personalmente ho visto fare da incubatore ai processi di questo genere è stato quello di individuare dei luoghi istituzionali stabili. Cioè che le asl si facciano garante di luoghi istituzionalmente deputati alla programmazione degli interventi. Cioè aprire dei luoghi riconoscibili, partecipabili e aperti a quel che sono la parte sane e propositiva del territorio. Quindi stabilire come si fa anche per altre parti del terzo settore, quali sono dei requisiti, dei principi di funzionamento minimo da associazioni nazionali, da associazioni etniche transnazionali (I.7; Terzo Settore, Emilia-Romagna).

Sul secondo versante, gli strumenti per favorire l’impegno delle organizzazioni verso pratiche partecipative riguardano l’investimento in risorse specifiche dedicate, quali la presenza di figure professionali e persone di collegamento con la comunità.

Alcuni partecipanti riconoscono l’importanza di un investimento sul livello manageriale, attraverso la formazione, anche per favorire la comprensione dei benefici per la qualità dei servizi.

A livello regionale, infine si propone la costituzione di tavoli stabili con gli attori del terzo settore, una sinergia più forte tra assessorato alle politiche sociali e le politiche sanitarie e

maggiore chiarezza nelle politiche dedicate alla partecipazione, intesa come presenza di indicatori chiari e valutabili collegati alla partecipazione di persone straniere ai servizi.

3.2.3 Toscana

3.2.3.1 Il sostegno delle politiche regionali all'implementazione di servizi culturalmente competenti e sensibili alle differenze

I partecipanti fanno riferimento a differenti politiche a sostegno dello sviluppo dei servizi in un'ottica di equità, in particolare per la popolazione straniera.

Alcuni fra gli intervistati valorizzano la qualità delle politiche socio-sanitarie regionali improntate alla promozione della salute e alle cure primarie e un approccio sistemico all'implementazione della CC, che riduce la presenza di servizi dedicati esclusivamente all'utenza straniera.

In termini di politiche di accesso sono citati come segni del commitment della Regione, il recepimento dell'Accordo Stato-Regioni e la scrittura di linee-guida Regionali per la sua applicazione. Alcuni descrivono un avanzamento delle politiche regionali soprattutto attraverso la costituzione del Centro Regionale "Salute Globale" che si occupa del coordinamento regionale delle aziende sanitarie sul tema della salute dei migranti, e l'attenzione posta alla salute di richiedenti asilo e rifugiati (attraverso politiche specifiche o il sostegno ad esperienze locali). Pur riconoscendo una sensibilità generale al tema, non per tutti è chiaramente leggibile l'orientamento delle politiche Regionali attraverso documenti o normative, piuttosto si fa riferimento all'esperienza diretta o alla conoscenza di finanziamenti specifici.

Un parroco che ha aperto la parrocchia a tutti quelli che hanno bisogno di un tetto, quindi lui ha un centinaio di ragazzi e ragazze migranti che sono stati revocati, che non sono in accoglienza che alcuni sono fuoriusciti dalla tratta, che non hanno dove andare e lui li sta ospitando, noi stiamo un po' supportando dal punto di vista sanitario e naturalmente lui ha avuto un sacco di attacchi politici... e la regione Toscana ha stretto due settimane fa un accordo con lui per supportare la sua esperienza. (I.12, Terzo settore, Toscana.)

Sono presenti tuttavia voci critiche per la priorità data al tema della salute degli stranieri e della CC e alla sua traduzione in pratiche nei servizi sanitari; in particolare, viene posto come critico un focus eccessivo sulle "procedure" dell'accesso a discapito di una visione sistemica dei servizi sanitari che favorisca l'accessibilità a tutti i pazienti attraverso un modello e una cultura organizzativa di "centratura sulla persona".

Non tutto questo si può ridurre a una questione di procedure, credo che sia un problema diverso.. ci sono state delle cose interessanti e anche delle cose meno interessanti. A volte si pensa forse che la nostra regione sia un modello assoluto virtuoso, ma, secondo me, le cose vanno viste con un po' più di.. non c'è bianco e nero...C'è una scarsa disponibilità ad essere accessibili di fronte al cliente esterno. Questo è un limite della pubblica amministrazione in generale e non credo si risolva facendo le linee guida tematiche (I.13, Servizi Sanitari, Toscana.)

3.2.3.3 I dispositivi di coordinamento regionale

In Toscana con la legge regionale del 2015 di riorganizzazione del servizio sanitario regionale è stato istituito il centro di coordinamento regionale "Centro Salute Globale" che si occupa di cooperazione internazionale e salute dei migranti, in collegamento con una rete di referenti

aziendali definiti da delibera regionale. Ogni azienda della Regione Toscana ha nominato, quindi, referenti aziendali sulla salute dei migranti. È una struttura di supporto all'assessorato, che si basa per il suo funzionamento, in termini di risorse umane, sulla convenzione con due attori del privato sociale che coordinano le attività del centro per la salute dei migranti. Attraverso il collegamento con le aziende sanitarie, svolge una funzione di monitoraggio dell'applicazione delle politiche definite a livello Regionale.

Grazie al coordinamento regionale, per l'implementazione di pratiche "migrant-sensitive" nei servizi, si stanno formando alcuni gruppi interaziendali, con esperti delle aziende sanitarie, per la scrittura di raccomandazioni sui temi dell'accertamento della minore età dei richiedenti asilo, sulle vaccinazioni, sulla mediazione culturale e la salute materno-infantile. In aggiunta sono organizzate esperienze formative nelle aziende e con i referenti aziendali e si sta implementando un progetto, in diversi comuni, di alfabetizzazione sanitaria. L'impegno verso l'implementazione di pratiche CC, si sviluppa, quindi, anche attraverso un'azione di fundraising per l'attivazione di progetti specifici. Il Centro di Salute Globale presenta fra le sue attività il coordinamento di una rete per definire i bisogni di salute che coinvolge sia gli enti gestori sia associazioni di advocacy sul tema della salute dei migranti (in particolare il GRIS Toscana). Inoltre, in modo più formalizzato è stato istituito un tavolo di concertazione "osservatorio sulla salute dei migranti" che si riunisce due/tre volte all'anno con diversi stakeholder tra cui ASGI¹², GRIS, e due associazioni dell'associazionismo straniero.

L'assessorato decide di contattare quel servizio che sta in difficoltà poi attraverso il Gris noi siamo il punto raccogliamo le segnalazioni che ci segnalano delle disfunzioni che poi noi portiamo all'attenzione dell'assessorato. Per esempio, un caso specifico sull'esenzione. Criticità sulle esenzioni sono state poste all'attenzione ed è stata scritta una circolare a tal proposito. Noi facciamo da ponte da questo diciamo livello locale rispetto ad alcune criticità e le portiamo a livello di chi può decidere e dare poi delle indicazioni più stringenti. (I1, Terzo Settore, Toscana.)

La capacità del dispositivo di coordinamento regionale di favorire l'implementazione nei contesti organizzativi locali appare, però, per alcuni, ambigualmente sospesa fra il livello regionale e quello locale:

Ha avuto delle deleghe però le delibere, tutte le parti diciamo esecutive sono ancora in mano alla, alla regione e... Però non c'è in regione in realtà un fisso che si occupa di queste cose. Quindi la situazione è un po' ambigua, nel senso che il livello di responsabilità rimane ben saldo in regione e... Queste deleghe che la regione ha dato al centro di salute globale riguardano la formazione, riguardano, diciamo, la produzione di linee guida eccetera, però dal punto di vista ehm operativo, mmh, eh... Il centro di salute globale non può dare degli indirizzi alle direzioni generali ecco... (I.11, Accademia e Terzo Settore, Toscana.)

Alcuni hanno messo in evidenza un'attribuzione limitata di risorse che agisce attualmente sulla capacità di coordinamento all'implementazione nei servizi sanitari locali. Inoltre, la funzione organizzativa dei referenti aziendali è apparsa come una variabile importante per il coordinamento dal livello regionale a quello locale. In particolare, la possibilità di un'efficace integrazione fra il livello regionale e locale è collegata alla specificità del ruolo aziendale rispetto ai temi dell'equità e della promozione della salute dei migranti, alla posizione più o meno periferica nell'organizzazione, all'assegnazione di quote tempo e al sostegno organizzativo ricevuto.

¹² Associazione Studi Giuridici sull'immigrazione. Associazione nazionale impegnata in attività di ricerca e advocacy sulle tematiche dell'immigrazione.

3.2.3.4 La partecipazione alla produzione delle politiche regionali

Per molti partecipanti, non sono chiaramente evidenti meccanismi formali e informali di partecipazione alla costruzione di politiche sanitarie per le persone di origine straniera o politiche sanitarie che tutelino questo processo, anche se per alcuni è stato possibile riconoscere alcune esperienze specifiche.

Secondo me no! Per quello che ne so io è totalmente assente, cioè non esiste se non a volte magari in interlocuzione con soggetti, appunto sempre del privato no profit, costituiti prevalentemente da migranti, ma anche... magari stakeholders per presentazioni e tutto, ma cioè, la vedo più legata ad un discorso di progettazione che di politiche. Questa è la mia visione. (I.9, Terzo Settore, Toscana)

Alcuni partecipanti in Toscana citano la scrittura del “Libro Bianco sull’Accoglienza”, organizzata dall’assessorato all’immigrazione, come la più recente esperienza di coinvolgimento per la costruzione delle politiche, che ha visto la creazione di tavoli di lavoro con differenti stakeholders (servizi sanitari, terzo settore, tra cui migranti, e accademia) per linee-guida regionali per l’accoglienza di richiedenti Asilo e Rifugiati.

Alcuni hanno citato la rete del Centro di Salute Globale (vedi parag. precedente), mentre altri non riconoscono dispositivi di partecipazione sul tema della salute degli stranieri. Piuttosto è espressa la percezione di una rete frammentata fra i diversi stakeholder “*ad oggi sembra che ognuno va per conto suo, non c’è grande rete ecco*”.

Trasversalmente si esprime, infatti, la necessità di un maggiore investimento su questo tema a livello Regionale ed è stata messa in evidenza la necessità di una maggiore integrazione a degli assessorati dell’ambito sociale e sanitario.

Gli intervistati del terzo settore fanno riferimento a processi di advocacy a livello dei servizi sanitari e a livello degli assessorati regionali attivati a partire dalle criticità riscontrate per l’assistenza sanitaria in un’ottica di equità. Si citano sforzi di advocacy, sottolineando la difficoltà di un coinvolgimento regionale, per lo sviluppo di interventi per rispondere a bisogni sanitari specifici come l’accesso alle cure odontoiatriche per richiedenti asilo; la scrittura di report sull’accesso alle cure da parte della popolazione più vulnerabile e con un background migratorio e l’introduzione dell’ESC (educatore sanitario di comunità) come modello di mediazione culturale nei servizi.

3.2.3.5 Implementazione di pratiche culturalmente competenti, eque e sensibili alle differenze nei servizi sanitari

Gap di implementazione e disomogeneità territoriale

Per descrivere l’implementazione di pratiche CC nei servizi i partecipanti fanno spesso riferimento al “gap di implementazione e alla disomogeneità territoriale”. Alcuni in particolare descrivono come complesso il passaggio dal livello Regionale a quello organizzativo o si mette in risalto la difficoltà di diffusione delle politiche (in particolare quelle relative all’accesso) a tutti i livelli aziendali.

Fra gli intervistati è possibile evidenziare percezioni molto differenti sullo stato di sviluppo dei servizi verso pratiche orientate all’equità e ai bisogni delle persone straniera, sia con giudizi molto critici che rimandano all’assenza di commitment delle aziende sanitarie, sia con percezioni più positive, come visibile negli stralci di seguito riportati. In particolare, queste riguardano l’ambito della salute femminile, le pratiche di alcuni consultori e lo sviluppo di progetti Fami per l’ESC (educatore sanitario di comunità) e per l’accesso ai servizi di salute mentale per richiedenti asilo.

I servizi non hanno nessuno strategia! (I.11, Accademia e Terzo settore, Toscana)

Diciamo che complessivamente c'è un buon livello. Se dovessi fare un discorso macro (I.8, Servizi Sanitari, Toscana)

L'implementazione di buone pratiche sul tema della CC e dell'equità è talvolta descritta come il risultato di fattori contestuali e meno dell'effetto delle politiche regionali, e diversi partecipanti percepiscono il bisogno di un maggior investimento verso pratiche CC e approcci "antropologici e culturali" nei servizi sanitari. Per alcuni intervistati, le aziende investono in modo differente sulla promozione di commitment organizzativo verso pratiche "migrant-sensitive", in particolare attraverso le nomine dei referenti aziendali: solo in un'azienda appare visibile un impegno concreto nell'investimento della direzione e del referente aziendale sulla salute dei migranti.

Quello che vedo è che c'è una situazione un po' a macchia di leopardo, dove a seconda dell'attenzione dell'azienda sanitaria, ci sono più o meno diciamo, politiche che poi si traducono in pratiche, programmi, azioni molto disomogenee, che da una parte sicuramente trovano un po' anche quelle caratteristiche del tessuto associativo, nel senso, quanto il territorio dal punto di vista... perché sai bene, no? ..Da noi devo dire che a livello dell'integrazione, si è fatto notevoli passi avanti in Toscana dal punto di vista dell'integrazione pubblico-privato, però al tempo stesso, poi soprattutto per esempio se si pensa alla mediazione linguistica-culturale, ti dico c'è una differenza enorme (I.9, Terzo settore, Toscana).

Implementazione di pratiche partecipative nei servizi sanitari

Gli intervistati fanno riferimento a diverse pratiche partecipative, che appaiono tuttavia limitatamente implementate. Nella maggior parte dei casi le pratiche partecipative di cui sono a conoscenza gli intervistati sono pratiche di co-produzione e di promozione della salute con personale di origine straniera o pratiche di collaborazione interorganizzativa e collaborazione pubblico-privato. In alcuni servizi sanitari si sta diffondendo l'implementazione dell' ESC (educatore sanitario di comunità) e sono stati citati come buona pratica di collaborazione interorganizzativa un ambulatorio Caritas convenzionato per le cure di domiciliari di pazienti STP e un progetto per la presa in carico delle vittime di tratta e tortura.

L'integrazione pubblico-privato è valorizzata, dai partecipanti delle associazioni no-profit, per i benefici in termini di qualità dei servizi, per la diminuzione dei costi e per la flessibilità organizzativa delle strutture del terzo settore, ma si mette anche in evidenza il rischio di "delega" del settore pubblico.

3.2.3.6 Barriere all'implementazione di pratiche CC

Le barriere all'implementazione delle politiche che incidono sulla possibilità di erogare servizi e progettare interventi nell'ottica dell'equità d'accesso e dell'assistenza sono ricondotte primariamente alle barriere di collegamento fra il livello delle politiche regionali e il livello organizzativo. Sono citate inoltre le barriere collegate al livello professionale.

In modo specifico in relazione alle politiche sull'accesso, come regolamentate dell'accordo Stato-Regioni, un ostacolo all'implementazione deriva dall'assenza di dispositivi di monitoraggio regionale e organizzativo che analizzino l'applicazione della normativa collegata all'accesso ed eventuali criticità. Inoltre, le grandi dimensioni aziendali sono chiamate in causa come barriera per la diffusione di linee-guida e di disposizioni regionali.

Non è che la Regione manda questa circolare a tutte le ASL e controlla che questo avvenga,

questo non è avvenuto sicché ...o avviene con molta, diciamo, ehm... scarsa periodicità (I.11, Accademia e Terzo settore, Toscana).

A livello organizzativo e professionale, un tema citato riguarda la carenza di risorse strutturali economiche e di personale del sistema sanitario, che può portare a percepire l'implementazione di pratiche CC non prioritaria.

È più la scelta di dire che i problemi sono molti in questo momento. I migranti sono un numero residuale. Prima di, diciamo, mettere la testa a quella categoria ci sono altri mille problemi da risolvere. Una cosa tipica ad esempio è il tema della salute mentale come ti dicevo... sono fortemente sotto stress e sono pochissimi gli operatori della salute mentale chi va in pensione spesso non è rimpiazzato con invece un aumento delle patologie e il disagio mentale forte: quindi il servizio di salute mentale migrante è vissuto come ... la cosa per dire un'altra rottura. (I.8, Servizi Sanitari, Toscana)

È riportato da alcuni intervistati il tema del clima politico, in relazione alle politiche nazionali, che alimenta percezioni negative e pregiudizi sull'immigrazione accrescendo resistenze a livello professionale (*"il confronto con gli operatori è sempre più faticoso"*).

3.2.3.7 Aree miglioramento per lo sviluppo di servizi culturalmente competenti e sensibili alle differenze

Le aree di miglioramento indicate nelle interviste per ridurre il gap di implementazione riguardano il coordinamento a livello regionale; pratiche organizzative e professionali per sostenere il commitment dei servizi.

Si propone una maggior attenzione alle barriere burocratiche per l'accesso, attraverso il monitoraggio, ed in particolare si chiede di superare il vincolo della residenza per l'accesso alla tessera STP. Diversi intervistati ritengono importante un maggior sviluppo della formazione professionale del personale socio-sanitario sui temi dell'intercultura, a partire dai corsi di laurea.

Intanto secondo me questa chiacchierata che abbiamo fatto oggi andrebbe messa obbligatoria nei posti di formazione nelle università, perché arrivi, diciamo, venga innescato un processo per cui arrivino richieste, interrogativi, soluzioni perché la complessità va affrontata non solo con risposte rigide ma con risposte partecipate....per cui di verificare per esempio nella formazione sia dei futuri medici, infermieri, assistenti sociali, educatori e OSS andrebbero previste queste cose, come all'origine dei tirocini diciamo (I.10, Terzo settore, Toscana).

Per favorire il commitment delle organizzazioni sanitarie, alcuni intervistati, come maggiore area di intervento, propongono un investimento sui dispositivi di coordinamento Regionale rafforzando il ruolo dei referenti aziendali e le risorse dedicate al centro di coordinamento Regionale. Più intervistati ritengono fondamentale esplicitare gli obiettivi delle direzioni sanitarie sui temi della salute delle persone migranti.

3.2.3.8 Barriere alle pratiche di partecipazione

Le barriere all'attivazione dei processi partecipativi che vedono il coinvolgimento di persone con un background migratorio sono ricondotte alla questione della rappresentatività e alle barriere che ostacolano la capacità dei rappresentanti di influenzare il processo decisionale una volta che

prendono parte ai processi partecipativi. Molti intervistati hanno infatti richiamato la frammentazione e alla molteplicità di gruppi sociali e di provenienza che rende complesso identificare soggetti e interlocutori.

Si richiama il rischio del “*tokenismo*” e la capacità dei processi partecipativi di costruirsi come spazi di partecipazione autentica e di empowerment, dove la presenza di persone straniera non sia un’azione “folkloristica”. A livello organizzativo gli intervistati fanno riferimento all’assenza di infrastrutture o supporto organizzativo, a culture organizzative ancorate a modelli tradizionali, o a modelli di partecipazione di tipo “utilitaristico”, che enfatizzano il tema della soddisfazione per i servizi slegato da quello dei diritti del cittadino.

Negli ultimi anni tutto il discorso del miglioramento continuo della qualità nel rapporto col cittadino è andato perso perché si è privilegiato un discorso di riduzione delle spese. Anche un'altra cosa che a me non piace molto è che tutto il rapporto col cittadino sia stato mutuato dal marketing delle aziende private cioè è stato un po' dimenticato il discorso dei diritti del cittadino.. la pubblicizzazione dei grandi risultati del servizio pubblico.. queste cose qua io le lascerei un pochino da parte. (I.13, Servizi sanitari, Toscana)

3.2.3.9 Aree di miglioramento per favorire pratiche partecipative nella produzione delle politiche e nello sviluppo dei servizi

Le aree di miglioramento per favorire l’implementazione di processi partecipativi sono riconducibili sia a strumenti per promuovere il coinvolgimento dei soggetti, degli stakeholder e delle persone di origine straniera, sia a strumenti per favorire l’impegno delle organizzazioni.

Sul primo versante, parte delle azioni di miglioramento identificate riguardano il problema della rappresentatività.

Alcuni intervistati ritengono fondamentale, per sviluppare servizi sensibili ai bisogni dei migranti e politiche che promuovano salute, costruire processi di partecipazione “dal basso” o a livello locale avviando interlocuzioni con le associazioni straniere del territorio. Alcuni suggeriscono di investire sulla collaborazione con associazioni di persone straniere con expertise sul tema della salute: favorire la rappresentanza non solo di gruppi sulla base dell’origine, ma anche sulla competenza specifica consentirebbe il confronto fra saperi, esigenze e problemi ed evitare effetti “decorativi”.

C’è infine chi riporta la necessità di costituire dei meccanismi di partecipazioni formali e stabili a livello regionale fra gli stakeholder del terzo settore, servizi sanitari, e assessorato.

3.2.4 Piemonte

3.2.4.2 Il sostegno delle politiche regionali all’implementazione di servizi culturalmente competenti e sensibili alle differenze

Quali politiche a sostegno dell’implementazione di servizi culturalmente competenti ed equi, in Piemonte sono valutate positivamente le politiche regionali a garanzia dell’accesso collegato recepimento dell’Accordo Stato-Regioni del 2012. C’è chi fa quindi, riferimento allo storico commitment della Regione o ad un “passato con assessori illuminati”, che hanno, per esempio, promosso i centri ISI, una politica sentita come importante per garantire l’accesso alla popolazione più vulnerabile.

Sicuramente la parte della politica è a sostegno della popolazione migrante. La regione Piemonte ha sempre recepito tutte le direttive anche ad esempio l’iscrizione dei minori senza

permesso di soggiorno al Servizio Sanitario Nazionale. L'iscrizione obbligatoria indipendentemente dallo status dei genitori. Devo dire che sui bambini grandi difficoltà non ci sono. (I.20, Servizi Sanitari, Piemonte)

Alcuni hanno citato il ruolo e le ricerche del gruppo di lavoro sulle disuguaglianze del centro regionale di epidemiologia o l'ultimo piano regionale della prevenzione come azioni a livello regionale capaci di promuovere diffusione sul tema dell'accesso ai servizi e sostegno all'implementazione. Tuttavia, maggior priorità alla tutela della salute delle persone straniere viene attribuita, da parte di alcuni, agli assessorati dell'area sociale, piuttosto che sanitaria per un orientamento alla "medicina curativa" invece che "preventiva e di promozione della salute".

Si coglie, infatti, un'ambivalenza per la priorità attribuita a livello regionale ai centri ISI o alla mediazione culturale. Inoltre, le politiche sanitarie sull'immigrazione sono considerate da alcuni come poco lungimiranti e sistematiche.

L'assessorato alla sanità abbiamo cercato di contattarlo e di coinvolgerlo in questi tavoli sempre con molta difficoltà... È più facile coinvolgere alcune ASL a cui appunto facciamo della formazione. Hanno delle priorità gestionali su ospedali, cioè fanno molta poca medicina preventiva e fanno più medicina curativa. E quindi più ospedali, più ambulatori, più medicina diversa da quella che secondo noi sarebbe meno costosa e più efficace che è quella preventiva. (I.19, Terzo settore, Piemonte)

3.2.4.3 I dispositivi di coordinamento regionale

In Piemonte, è attivo un coordinamento regionale per i centri ISI che vede riunirsi mensilmente sia i referenti dei centri ISI, sia i referenti delle aziende sanitarie locali e ospedaliere, e referenti del servizio regionale di epidemiologia.

Uno degli obiettivi primari del dispositivo riguarda il monitoraggio delle pratiche rivolte all'accesso con l'obiettivo di verificare la presenza di barriere burocratiche che possono incidere sull'effettiva applicazione delle norme relative all'accesso. Attraverso il confronto fra i diversi partecipanti al tavolo di coordinamento si promuove la soluzione ai problemi di volta in volta posti, sia attraverso lo sviluppo di documenti condivisi e disposizioni, sia attraverso azioni di advocacy soprattutto a livello regionale. Un'intervistata, infatti, parla del funzionamento del coordinamento dei centri ISI, come di una cassa di risonanza per le politiche regionali. Si cita inoltre lo sviluppo di attività di monitoraggio più formalizzate sviluppate ad hoc sullo stato dei centri ISI nella regione.

Il coordinamento dei centri ISI oltre a fare azione di advocacy ha in realtà anche come dire, una partecipazione più attiva, no? Cioè può di fatto, produrre dei documenti, in qualche modo è in collaborazione. Quindi in qualche modo cerchiamo di facilitare l'accesso delle persone al servizio sanitario nazionale, cerchiamo di rimuovere quelli che potrebbero essere degli ostacoli interpretativi della normativa, cerchiamo di capire perché queste persone pur avendo magari un codice STP o un codice ENI o un'iscrizione obbligatoria, non riescono poi ad avere le prestazioni (I.15, Servizi Sanitari, Piemonte)

3.3.4.4 La partecipazione alla produzione delle politiche regionali

I partecipanti, generalmente, non riconoscono meccanismi formali o stabili di partecipazione alla produzione di politiche regionali che coinvolgano migranti o loro stakeholder. Le esperienze di produzione di politiche partecipate, con l'associazionismo migrante o sui temi dell'integrazione sociale, citati da qualche partecipante, riguardano progetti comunali o attivati dagli assessorati delle Pari Opportunità o delle Politiche giovanili e all'Integrazione.

Quando si fa un piano operativo regionale...per esempio quando si decide di aprire una casa, ad esempio adesso c'è la questione delle Case Della Salute. Sicuramente si aprono, e si aprono pensate solo per cittadini italiani senza essere implementate con mediatori e con servizi adatti almeno in parte anche ai cittadini migranti; per cui è una cosa importante che sta succedendo e non ci vede coinvolti né come mediatori né come migranti né come... per cui poi sarà una questione probabilmente da approfondire... manca proprio l'idea. (I.16, Terzo Settore, Piemonte)

Appare presente la percezione di un terzo settore molto attivo e sembra più influente, per la produzione delle politiche in modo inclusivo, il ruolo delle associazioni di “advocacy” che hanno una rappresentanza di persone di origine straniera più o meno limitata o connessa con le comunità locali e i territori, o con il servizio di epidemiologia regionale.

Gli sforzi di advocacy raccontati da alcuni partecipanti sono rivolti maggiormente alla rimozione delle barriere burocratiche d'accesso o per favorire l'accessibilità economica all'assistenza. Si sono sviluppate azioni di advocacy, ad esempio, per ottenere l'esenzioni per il pagamento della protesica, anche per le persone “irregolari”. Altre azioni sono indirizzate allo sviluppo di pratiche CC come la richiesta di segnalazione delle lingue straniere conosciute dal medico di medicina generale per favorire l'accesso della popolazione straniera alla “medicina di base”.

Sviluppare azioni di advocacy è descritto come un processo difficile e influenzato da diversi fattori a livello locale e nazionale a partire dall’“apertura” dell’agenda politica e della priorità attribuita dagli assessorati al tema della salute degli stranieri. La rilevanza politica pare agire come ostacolo per le accuse di favoritismo che suscitano gli interventi per il target migrante, che dà la sensazione di dover “difendere” le politiche costruite negli anni.

Le cose andavano già bene. Abbiamo avuto degli assessori illuminati e quindi le politiche si cucivano sull'esistente. Dicevamo, guarda che abbiamo i mediatori che funzionano benissimo: a bene allora deliberiamo, facciamo una circolare. Venivano da tentativi di soluzione messi in piedi da operatori virtuosi. Non è stato quindi della gente che si è seduta attorno ad un tavolo dicendo stanno arrivando un sacco di migranti proviamo a fare gli ambulatori. È stato il contrario. Sono state le persone degli ambulatori che dicevano abbiamo fatto questo modello, ce lo appoggiate? (I.14, Servizi Sanitari, Piemonte)

3.2.4.5 Implementazione di pratiche culturalmente competenti, eque e sensibili alle differenze nei servizi sanitari

Gap di implementazione e disomogeneità territoriale

Nel descrivere lo sviluppo dei servizi verso pratiche migrant-sensitive e orientate all'equità alcuni intervistati denunciano il gap tra le politiche dichiarate “sulla carta” e le pratiche dei servizi sottolineandone il divario esistente. Questo viene generalizzato sia alle normative sull'accesso che alle pratiche CC dei servizi sanitari a miglioramento dell'accessibilità e della qualità dell'assistenza.

L'impegno dei servizi verso la CC è descritto per alcuni come di buon livello facendo riferimento alla presenza dei centri ISI, alle attività di formazione svolte e alla mediazione culturale (ad es. l'assunzione dei mediatori culturali come personale strutturato di un'azienda ospedaliera), in modo particolare nei servizi collegati alla salute femminile, mentre per altri la questione della salute degli stranieri rimane marginale nelle priorità organizzative e le risposte attuali appaiono insufficienti rispetto al bisogno espresso. La percezione sull'implementazione di

pratiche CC appare quindi differenziata fra gli intervistati, come è evidente nei due stralci qui di seguito riportati.

L'applicazione delle norme sull'accesso e sulla tutela del diritto alla salute del cittadino migrante penso siano abbastanza conosciute e applicate... Questo sì, perché di fatto... Sono anche moltissimi anni che... Si lavora, no? Ci sono i centri ISI (I.15, Servizi Sanitari, Piemonte).

Si si sulla salute degli immigranti si tende a non vedere il problema, da parte delle aziende sanitarie.....Sono tutte attività spontanee. Non tanto strutturate (I.19, Servizi Sanitari, Piemonte).

Alcune aziende sono descritte come più sensibili (es. Ospedale dedicato alle malattie infettive), ma in modo trasversale si esprime il bisogno di un investimento ulteriore verso una maggiore sistematicità delle pratiche e un maggior coordinamento a fronte di una disomogeneità nello sviluppo di pratiche CC nei servizi e nella regione. Per esempio, si parla della disomogeneità dell'implementazione dei servizi dedicati (Centri ISI) nel territorio regionale come inadempienza di alcune aziende alle politiche regionali e dell'impreparazione nell'accoglienza dei bisogni sanitari di richiedenti asilo e rifugiati.

È una risposta molto difficile da dare perché credo che moltissimo sia lasciato alla buona volontà delle persone. Quando abbiamo fatto questo progetto per 700 dipendenti delle Asl, che erano le ASL mi pare una parte di Torino e Ivrea, si vedeva proprio che alcuni erano estremamente interessati e si erano posti il problema, altri era la prima volta che lo sentivano [...]Ci sono anche dei direttori sanitari che sono più sensibili con cui è più facile lavorare, per cui ci lasciano fare dei corsi in più, possiamo interagire meglio. Altri che hanno una chiusura (I18, Terzo Settore, Piemonte).

Implementazione di pratiche partecipative nei servizi sanitari

L'implementazione di pratiche di partecipazione come la consultazione e la co-progettazione nei servizi sanitari regionali da parte di persone straniere appare una pratica non ampiamente diffusa o sistematica. Laddove sono riconosciute esperienze partecipative di coinvolgimento dell'utenza con un background migratorio, queste sono percepite generalmente come sporadiche, oppure informali, collegate ad "individualità", piuttosto che a pratiche strutturate. Si fa inoltre riferimento, in modo più diffuso, ad azioni o progetti di co-produzione con il terzo settore o con gli stakeholder.

Un'intervistata racconta di un servizio ambulatoriale in ambito ospedaliero implementato per la circoncisione rituale e sviluppato attraverso il coinvolgimento delle comunità interessate. Alcuni intervistati hanno fatto riferimento al recente impiego, in un ambulatorio ASL, di mediatori che svolgono attività di integrazione all'ex MOI¹³ come strategie per favorire l'accesso. Vengono, inoltre, citati esempi di focus group per comprendere l'esperienza delle barriere all'accesso e per lo sviluppo di pratiche di prevenzione o si citano interventi di alfabetizzazione sanitaria con specifiche comunità straniere. In relazione alla collaborazione pubblico-privato si racconta della collaborazione fra servizi ambulatoriali dedicati del terzo settore e servizi ASL per la promozione degli screening per le donne irregolari (STP), per lo sviluppo di esperienze formative o di alfabetizzazione sanitaria.

¹³ Famiglie di origine migrante (circa 350 persone) hanno occupato per anni due palazzine dell'ex villaggio Olimpico (Torino). Nel 2019, il comune ha avviato lo sgombrò degli stabili.

3.2.4.5 Barriere all'implementazione di CC

Le barriere all'implementazione delle politiche che incidono sulla possibilità di erogare servizi e progettare interventi nell'ottica dell'equità d'accesso e dell'assistenza sono ricondotte da una parte alle barriere di collegamento fra il livello delle politiche regionali e le pratiche organizzative e dall'altra a barriere sul livello organizzativo e delle pratiche professionali.

Sul primo versante, le barriere all'implementazione delle politiche regionali sono costituite dall'autonomia delle aziende sanitarie dal livello regionale in termini di scelte strategiche e dalla carenza di risorse.

C'è un problema di fondo, cioè che ogni azienda è un regno... e il direttore generale comunque in qualche modo è il monarca assoluto di questo regno e io non so la regione e quanta forza intenda mettere, no? relativamente a tutte le problematiche che le aziende hanno a fronte di una norma che dichiara il diritto, a fronte della denuncia che questo diritto non viene... viene calpestato o viene dimenticato, ci dovrebbe poi essere altrettanta forza della regione nel far fare marcia indietro come richiamare chi non rispetta il diritto. (I.15, Servizi Sanitari, Piemonte)

Sul secondo versante, alcuni intervistati riconoscono una carente diffusione e comprensione del concetto dell'equità e dell'azione dei determinanti sociali come principi a guida dell'azione dei servizi. Il concetto dell'equità appare diffuso in modo formale, e meno presente come parte della cultura dei servizi, ancorati maggiormente a modelli universalistici.

In relazione a questo, un'intervistata riporta come maggiore barriera all'implementazione di pratiche CC il rischio di semplificazione che la questione della migrazione può subire nell'opinione pubblica e nel sistema dei servizi.

Innanzitutto è una questione di generalizzazione e banalizzazione..ti rispondono oltre all'etnopsichiatria non è che esiste l'etnogeneologia o... sono pur sempre delle persone....Ma se non ci fosse una soggettività una cultura un menisco rotto è un menisco rotto. Però se si rompe la gamba uno che lavora all' Unicredit e uno che così non può lavorare e quindi dare da mangiare ai propri figli.. la situazione è diversa. Non puoi dirmi sono tutti uguali. (I.14, Servizi Sanitari, Piemonte)

Barriere specifiche sull'implementazione di pratiche CC si riportano nell'utilizzo e nella diffusione della mediazione culturale, soprattutto in modalità stabile nei servizi, poiché appare per alcuni, come un profilo professionale non riconosciuto e messo a sistema.

Alcuni intervistati riportano quale barriera le resistenze dei professionisti e la possibilità di atteggiamenti discriminatori, in relazione all'attuale clima politico.

3.2.4.6 Aree di miglioramento per lo sviluppo di servizi culturalmente competenti e sensibili alle differenze

Le aree di miglioramento indicate nelle interviste per ridurre il gap di implementazione riguardano il coordinamento a livello regionale e le pratiche organizzative per sostenere il commitment dei servizi. Inoltre, si fa ampiamente riferimento allo sviluppo delle competenze professionali.

Il coordinamento regionale consentirebbe di accedere a strategie condivise per migliorare l'accessibilità e la qualità nei servizi, sostenendo un sistema di valutazione e di raccordo fra il livello regionale e locale. In particolare, si prefigura un dispositivo regionale dell'equità che lavori trasversalmente sulle fasce di popolazione vulnerabile per costruire interventi specifici.

Ci dovrebbe essere a livello regionale... un settore dedicato, non per forza sono le politiche di equità nei confronti dei migranti eh, perché poi quando si parla di equità ci sono i minori, ci sono i pazienti anziani, ci sono i pazienti fragili perché hanno delle patologie.. La Regione dovrebbe, secondo me, riflettere sulla... possibilità di differenziare e supportare la popolazione con interventi come dire, mirati al tipo di handicap che intende annullare con la politica di equità... per cui... anche banalmente, non so, prevedendo una riorganizzazione anche dei servizi (I.15, Servizi Sanitari, Piemonte)

Qualche partecipante propone un maggior investimento per una presenza della mediazione culturale più strutturale, sia attraverso direttive regionali sulla sua implementazione e formazione, sia attraverso l'assunzione diretta e diffusa nell'azienda per superare il modello "a chiamata". In aggiunta, per favorire l'equità da un punto di vista organizzativo, si propone di sviluppare pratiche di ricerca valutativa per mostrare i benefici e l'efficacia degli interventi CC, come l'utilizzo della mediazione culturale.

Sul versante delle pratiche professionali, molti intervistati, a fronte delle barriere rilevate sull'accesso e sulla qualità dei servizi ritengono importante sviluppare processi formativi diffusivi sulla salute dei migranti, sulla normativa e i temi dell'interculturalità. Ancora, nell'ottica di promuovere interventi sistematici, l'implementazione di una formazione obbligatoria nei corsi di laurea o accreditata dagli ordini professionali. Alcuni non si limitano a citare la formazione degli operatori, ma anche quella delle direzioni.

3.2.4.7 Barriere alle pratiche di partecipazione

Le barriere all'attivazione dei processi partecipativi sono da alcuni ricondotte alla questione della rappresentatività, ovvero alla frammentazione e alla molteplicità di gruppi sociali e di provenienza che rende complesso identificare soggetti e interlocutori, da altri ad una più generale "asistematicità" e "frammentarietà" delle politiche socio-sanitarie sui temi dell'immigrazione. Da una parte si riconosce una maggiore distanza dai processi partecipativi delle persone di origine straniera per la sfiducia e mancanza di informazioni, dall'altra si evidenzia una incapacità di riconoscere le persone migranti come interlocutori con competenze che riguardano le scelte dei servizi. C'è chi sottolinea la difficoltà nel raggiungere i gruppi più distanti per i servizi e la mancanza di una cultura organizzativa che sostiene la partecipazione diretta.

Pertanto, i processi partecipativi sembrano bloccarsi al primo step: "*quando dico devo prendere un rappresentante delle comunità immigrate ma chi prendo?*" (I.18 Servizi Sanitari, Piemonte).

3.2.4.8 Aree di miglioramento per favorire pratiche partecipative nella produzione delle politiche e nello sviluppo dei servizi

Vista la percezione di bassa diffusione di pratiche partecipative, i partecipanti pensano sia utile iniziare a investire in modo più strutturale sui temi della partecipazione, sia attraverso processi di confronto che di alfabetizzazione sanitaria con le "comunità" straniere e con i diversi stakeholder. Ci si riferisce a processi di partecipazione dal basso e al bisogno di sviluppare interventi a lungo termine per favorire l'instaurarsi di relazioni di fiducia fra i servizi sanitari, gli operatori, e persone o gruppi con un background migratorio, ostacolate, invece da politiche o progetti frammentari.

Mentre un'intervistata sottolinea il focus sulla continuità dell'assistenza come mezzo per costruire processi partecipativi, un'altra richiama l'importanza di prevedere incentivi e risorse anche materiali, per favorire l'"avvicinamento" ai gruppi più vulnerabili. Fondamentale, per altri, sarebbe il coinvolgimento dei leader di comunità per diffondere informazioni sull'accesso ai servizi.

Sul versante organizzativo si propone a livello manageriale l'investimento a favore di una maggiore inclusività dei dispositivi di partecipazione aziendale e a livello regionale si propone la costituzione di tavoli stabili con gli attori del terzo settore.

Lo dico e lo stradico, formare professionisti chiave, quelli che devono decidere, quelli che devono costruire, quelli che devono presenziare dove c'è l'afflusso dei migranti. Poi forma un elenco di professionisti che lavorano sull'immigrazione, tra cui il mediatore interculturale, crea un target di riferimento oppure degli strumenti di comunicazione. Un tavolo di concertazione.

(I.16, Terzo Settore, Piemonte).

3.2.5 Discussione

Lo studio si prefigge di esplorare la percezione dell'implementazione della CC da un punto di vista macro, guardando la prospettiva di diversi stakeholder sulle politiche regionali e l'implementazione della CC e di pratiche partecipative nei contesti sanitari. I risultati portano evidenze sulla disomogeneità nella percezione delle politiche regionali che possono sostenere i servizi sanitari nello sviluppo di pratiche CC e nell'implementazione di pratiche nei servizi sanitari, mostrando che la diffusione di pratiche CC secondo una logica sistemica e partecipativa rimane una sfida nelle Regioni, nonostante la presenza di buone prassi e politiche che supportano un approccio *migrant-sensitive*. Il dato della disomogeneità regionale, tuttavia, non stupisce così come quello del gap dell'implementazione, documentato da diversa letteratura precedente (Mladovsky, 2009; Rinaldi *et al.*, 2013; MIPEX, 2015). Anche i nostri dati sembrano ribadire la preoccupazione dei partecipanti del passaggio *dalla politica alla pratica* e la percezione di un gap fra il *dichiarato* e la *realtà dei servizi*. Più interessanti sembrano i risultati che mostrano i tentativi delle Regioni, ma anche del Terzo Settore, di favorire uno sviluppo dei servizi verso pratiche di CC e sensibilità alle differenze e una maggior uniformità di pratiche fra le aziende sanitarie regionali. In particolare, i risultati sui dispositivi di coordinamento regionale contribuiscono alla comprensione dell'implementazione di pratiche CC nell'interfaccia tra il livello macro e il livello meso-organizzativo.

Il confronto sulla percezione delle politiche regionali

Quanto alla percezione di sostegno nelle politiche regionali per lo sviluppo di servizi sanitari secondo pratiche e modelli organizzativi, i risultati hanno mostrato disomogeneità fra le Regioni e all'interno delle Regioni. In particolare, maggiore divergenza è apparsa presente fra gli intervistati dell'Emilia-Romagna, dove una visione maggiormente critica è portata dagli stakeholder del terzo settore. Tale disomogeneità è in parte relativa al tipo di politiche cui gli intervistati fanno riferimento: le politiche sull'accesso formale ai servizi (es. Accordo Stato-regioni) o politiche di programmazione (es. Piani Socio-Sanitari) o di coordinamento regionale.

In tutte e tre i contesti, gli intervistati hanno riconosciuto un'attenzione e un commitment delle Regioni sul tema dell'equità e/o della salute delle persone straniere, anche se questo sembra attraversare momenti diversi della storia delle politiche regionali. In Emilia-Romagna è stato riconosciuto un attuale commitment regionale sul tema dell'equità che può sostenere il contrasto alle disuguaglianze, anche per le persone straniere (seppur in modo "indiretto"): c'è chi ha sottolineato in passato un maggior ruolo di coordinamento e supporto per le pratiche dei servizi sanitari per rispondere ai bisogni sanitari delle persone di origine straniera. In Toscana sembra esserci la percezione di un miglioramento della guida regionale, in modo particolare attraverso la recente costituzione del centro regionale dedicato alla salute dei migranti e le politiche socio-

sanitarie su richiedenti asilo e rifugiati. In Piemonte è apparsa più presente, per qualcuno, la percezione di un’“epoca d’oro”, di un passato recente in cui maggiore è stata la priorità politica attribuita al tema, visibile in particolare con l’allineamento delle politiche regionali all’accordo Stato-Regioni o l’implementazione dei Centri ISI. A differenza delle altre regioni il riferimento a politiche regionali recenti specifiche è relativo alla prevenzione piuttosto che all’organizzazione dei servizi.

In Emilia-Romagna e in Toscana, a sostegno dell’equità nei servizi sanitari, è stata riconosciuta la qualità del sistema sanitario e il riferimento ad un modello sanitario attento alla promozione della salute, alle cure primarie e ai bisogni del territorio, mentre tale orientamento è percepito come meno presente in Piemonte, nonostante la presenza di un servizio di epidemiologia regionale rinomato per gli studi sulle disuguaglianze sanitarie con un’attenzione alla salute dei migranti.

Le critiche poste alle politiche regionali sembrano mettere in risalto la complessità già riportata della letteratura che riguarda l’eterogeneità dei bisogni di salute e dei sottogruppi (Mladovsky, 2009; Pottie *et al.*, 2017). In Emilia-Romagna, alcuni intervistati hanno discusso di questo tema facendo riferimento alle politiche sull’equità che permettono di guardare al problema delle disuguaglianze d’accesso e nella salute considerando le diverse caratteristiche collegate all’essere migrante, superando un’identificazione a priori con il gruppo vulnerabile di appartenenza. I partecipanti del terzo settore hanno, a tal proposito, denunciato una minor tutela delle politiche per l’accesso proprio per i gruppi più vulnerabili degli irregolari.

È stata posta poi l’attenzione sul rischio di “frammentazione” dovuto ad un focus limitato alla salute dei richiedenti asilo e rifugiati, nonostante l’attenzione sul tema sembra aver favorito un nuovo investimento sulla salute dei migranti e permesso di mettere in luce aree critiche presenti. Altre aree critiche riguardano la “tenuta” delle politiche sanitarie regionali a fronte dei mutamenti politici nazionali seguiti all’approvazione del cosiddetto “decreto sicurezza”, che rendono più saliente il problema dell’accesso ai servizi sanitari delle persone “irregolari”.

Solo in Emilia-Romagna alcuni intervistati discutono dell’approccio all’equità per le aziende sanitarie basato sull’uso di strumenti di Equity Assessment, del quale sono stati messi in luce oltre i vantaggi, già citati, anche alcuni limiti, quali il rischio di un’interpretazione scorretta di tipo universalistico, limitando le capacità di rispondere in modo appropriato a bisogni specifici dei gruppi o il rischio che tale approccio non renda visibile un’azione di tutela verso i migranti fra i diversi stakeholder.

È stato posto come problema anche la limitata sinergia tra la governance sociale e sanitaria per rispondere ai problemi di salute in un’ottica di riduzione delle disuguaglianze. Questo appare in linea con i diversi orientamenti politici internazionali che sottolineano l’importanza di politiche intersectoriali (OMS, 2014).

La *partecipazione* di migranti e stakeholder alla produzione e allo sviluppo di politiche e programmi regionali nella percezione dei partecipanti intervistati rimane debole, scarsamente visibile e strutturale. Pur riconoscendo la presenza di qualche esperienza sviluppata dai servizi, il tema della partecipazione, trasversalmente, appare lontano dall’essere strutturale e in alcuni casi non sono riconosciute nei documenti di programmazione dei servizi sanitari politiche specifiche di sostegno alla partecipazione delle persone straniere. In riferimento alla partecipazione degli stakeholder sono emerse diversificazioni regionali. Meccanismi più formalizzati di partecipazione sono presenti nelle politiche regionali dell’Emilia-Romagna e della Toscana: nel primo caso è promossa la co-progettazione con le politiche dei community lab - criticate in parte per un’assenza di focus specifico sul target migranti - e con la costituzione di un tavolo con il terzo settore sugli ambulatori medici (al momento della raccolta dati allo stato di approvazione); nel secondo caso gli intervistati hanno citato passati tavoli di concertazione, mentre attualmente un collegamento è presente fra il Centro di Salute Globale e il GRIS.

Il coordinamento fra il livello macro e il livello meso-organizzativo

Altro tema importante è la capacità delle politiche di poter essere tradotte in pratiche e ridurre il *gap di implementazione*. Seppur il tema della disomogeneità territoriale rimane presente, i dati mostrano lo sforzo di costruire dispositivi che permettano una maggior condivisione delle pratiche e sostengano i servizi sanitari all'implementazione. Questi hanno forme e posizioni nel sistema dei servizi sanitari differenti nelle tre regioni.

La Toscana si distingue per un tavolo permanente specifico per la salute dei migranti (come organo tecnico dell'assessorato alla salute), mentre i dati mostrano un cambiamento nelle scelte regionali dell'Emilia-Romagna dove è apparsa interrotta l'esperienza di un coordinamento regionale specifico sulle pratiche dei servizi sanitari per rispondere ai bisogni di salute dei migranti, e un investimento attuale è presente per il coordinamento per i referenti aziendali dell'equità, all'interno dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale. In Piemonte, benché partecipi personale delle aziende ospedaliere e delle aziende sanitarie, il coordinamento è più limitato alle pratiche dei Centri ISI e quindi all'accesso dei migranti irregolari.

In particolare, i dati mostrano che i diversi tavoli di coordinamento assolvono alcune funzioni: una funzione di "condivisione e monitoraggio", una funzione di "supporto all'implementazione" e una funzione di "advocacy", che in modo diverso informano le pratiche di coordinamento nei contesti regionali.

La prima funzione è stata nominata "condivisione e monitoraggio". I dispositivi svolgono una funzione di monitoraggio - in modo più o meno formalizzato - dell'implementazione delle pratiche relative all'accesso formale ai servizi, monitoraggio delle pratiche sviluppate dai servizi sanitari (si veda il report prodotto dal tavolo di coordinamento in Emilia-Romagna) e di definizione di "linee-guida" per l'accesso e l'accessibilità su temi specifici (mediazione culturale, l'accertamento della minore età per richiedenti asilo, i controlli sanitari), come citato per la Toscana.

La seconda funzione è stata definita di "supporto all'implementazione al livello locale" e prevede da una parte la promozione e il coordinamento di azioni di promozione della salute specifiche (come progetti di alfabetizzazione o fundraising), dall'altra di favorire l'implementazione e lo sviluppo dei servizi sanitari attraverso la formazione (come citato per la Toscana), o la "consulenza" (come discusso in Emilia-Romagna). La terza funzione individuata riguarda il collegamento con il livello politico attraverso un'azione di advocacy, come discusso in Toscana e in Piemonte o il coinvolgimento degli stakeholder esterni, come presente in Toscana, attraverso il collegamento con il GRIS locale o la costituzione di un Osservatorio.

Mentre il centro regionale della Toscana sembra potenzialmente svolgere attività collegate a tutte le funzioni, quello dell'Emilia-Romagna, nel momento attuale, sembra ricoprire maggiormente una funzione di supporto all'implementazione locale di pratiche organizzative a tutela dell'equità; in Piemonte i dati sembrano mostrare un focus maggiore su una funzione di condivisione, monitoraggio e di advocacy sugli aspetti di accesso collegati alla normativa. Tuttavia, solo in Emilia-Romagna appare tutelata una funzione di consulenza specifica alle singole aziende che richiede anche una "supervisione" in loco per co-progettare pratiche che rispondano alle politiche sull'equità e l'ancoraggio agli obiettivi del piano socio-sanitario per sostenere il commitment delle aziende sanitarie, mentre solo in Toscana è previsto un collegamento con la rete di stakeholder, che i dati mostrano essere ancora in fase di costruzione. In particolare, i dati sembrano evidenziare l'importanza di una collaborazione fra gli stakeholder dei diversi ambiti, pena il rischio di creare frammentazione o "antagonismo", e di azioni di

monitoraggio formalizzato che rendano visibili l'implementazione nelle diverse realtà locali (es. report citato poco sopra).

Uno dei problemi emersi per il coordinamento sembra rimanere il passaggio da un adeguamento formale alla promozione di un cambiamento organizzativo (Pottie *et al.*, 2017). Questo si può leggere per esempio nell'insoddisfazione espressa in Toscana per un coordinamento basato unicamente su linee-guida, senza considerare i limiti di una cultura organizzativa che sappia mettere in pratica strategie che rispettino la diversità dell'utenza. In questo senso alcuni dati sembrano porre in primo piano il ruolo della funzione organizzativa ricoperta dai referenti che partecipano ai tavoli di coordinamento; un punto critico evidenziato sembra riguardare l'equilibrio fra direttività delle disposizioni regionali e la necessità di considerare la flessibilità dei singoli contesti aziendali. L'implementazione può essere limitata da una posizione periferica all'interno del funzionamento aziendale (che determina il riconoscimento di quote tempo e la formalizzazione di una funzione specifica) o da un ruolo amministrativo piuttosto che sanitario o in sovrapposizione con altre figure aziendali. In aggiunta sembrano poter incidere sulla capacità di favorire l'implementazione nei servizi le risorse stesse dedicate a questi dispositivi di coordinamento e il riconoscimento regionale in termini di deleghe.

L'advocacy del terzo settore si pone come meccanismo che favorisce il collegamento fra le pratiche dei servizi e il livello regionale delle politiche, nonostante le difficoltà e le barriere collegate all'"impopolarità" del tema salute migranti. In particolare, le azioni di advocacy rilevate, in molti casi, hanno favorito l'accessibilità economica dei servizi, con la riduzione di barriere burocratiche, ma anche lo sviluppo dei servizi in un'ottica di integrazione fra pubblico-privato, innovazione delle pratiche, e coordinamento.

L'implementazione di servizi sensibili alle differenze ed equi nel territorio regionale

La percezione della diffusione di pratiche CC e di servizi orientati alla sensibilità alla diversità in modo sistemico e partecipativo è apparsa disomogenea fra le regioni e internamente alle regioni, fra gli intervistati, e voci più critiche sono state portate dai partecipanti dal terzo settore, che hanno riportato episodi di barriere all'accesso e all'accessibilità soprattutto per i gruppi più vulnerabili. Un dato che accomuna la percezione dei partecipanti è il bisogno di ulteriore investimento per rendere i servizi CC.

Trasversalmente c'è la percezione di un investimento tradizionale su pratiche per ridurre la barriera linguistica attraverso la mediazione culturale, materiale informativo in lingua, o la barriera culturale attraverso la formazione degli operatori sanitari, mentre più rari sembrano gli esempi di aziende con un investimento strutturale in termini di pratiche di commitment organizzativo e di partecipazione e coinvolgimento dell'utenza. Solo in Emilia-Romagna e Toscana sono riportati esempi di pratiche di commitment organizzativo, in linea con le rispettive politiche regionali. Per le diverse aree esaminate le pratiche delle aziende dell'Emilia-Romagna appaiono nei casi di buone prassi più strutturali o presenti da diversi anni e si è dimostrata importante la collaborazione fra pubblico e privato.

Nonostante ciò i partecipanti hanno comunque riportato la percezione di un accesso ai servizi limitato da un uso non diffuso del servizio di mediazione culturale e da una presenza ridotta della figura del mediatore culturale nei servizi, soprattutto nel contesto Piemontese.

Nello specifico delle pratiche di partecipazione i dati hanno mostrato un maggior sviluppo di pratiche con figure di "prossimità" o di collaborazione fra pubblico e privato, piuttosto che di pratiche di co-progettazione. Alcuni dati contribuiscono al dibattito sui servizi dedicati mostrando differenze regionali (Ingleby, 2011). Nessuno dei partecipanti in Piemonte ha messo in discussione il modello dei centri ISI pur riconoscendone una limitata capacità di risposta, mentre

in Toscana è stata valorizzata la scelta di un approccio “integrativo” che non prevede servizi dedicati. In Emilia-Romagna sono emerse posizioni differenziate evidenziando non solo il rischio di favorire pratiche ghettizzanti, come discusso classicamente dalla letteratura, ma anche conflitti organizzativi e percezioni negative “*nell’opinione pubblica*”, ovvero di favoritismo verso le persone straniere, da parte dell’utenza italiana. Gli argomenti a favore dei servizi dedicati gestiti dalle aziende pubbliche riguardano l’alta accessibilità e la specializzazione delle pratiche dei servizi e sono state talvolta lette come segno di commitment delle aziende a tutela della salute dei migranti irregolari, piuttosto che di delega al terzo settore.

Infatti, nel caso di integrazione con il privato sociale, è emerso il ruolo, rappresentato dal terzo settore, di controcultura e “*critica interna*” che, anche in modo conflittuale, può sostenere il cambiamento e pratiche maggiormente sensibili ai bisogni sanitari delle persone straniere in un’ottica di equità.

Le barriere allo sviluppo di servizi culturalmente competenti, equi e sensibili alle differenze

Per tutti i contesti regionali la dimensione *politica* collegata al tema salute e migrazione si è rivelata un fattore che incide sull’apertura dell’agenda politica regionale e sulla sostenibilità delle politiche sanitarie.

Se il clima politico sempre più negativo è stato un tema ricorrente nelle interviste in Emilia-Romagna citato anche in relazione alle elezioni regionali, in Piemonte la dimensione politica sembra aver avuto un ruolo importante di barriera alla CC con il cambiamento del governo regionale e nell’accrescere un vissuto di minaccia rispetto alle politiche e alle pratiche sviluppate.

Un altro tema trasversale riguarda la difficoltà cui sono sottoposti i sistemi sanitari attuali, ovvero una carenza o una riduzione di *risorse* strutturali che sposta la priorità su altri temi.

La mancanza di meccanismi di *controllo* fra il livello regionale e l’implementazione locale sulle politiche aziendali è emersa come barriera al commitment organizzativo, così come la mancanza di sistemi di valutazione della performance organizzativa capaci di integrare indicatori quantitativi con indicatori che si ispirano al principio dell’equità.

Come emerso da altre ricerche la traduzione in pratica del principio dell’equità non è scontata. I risultati consentono di evidenziare quale barriera una *mancanza di chiarezza del concetto di equità* nelle pratiche di organizzazione dei servizi (Pottie *et al.*, 2017). In Italia, in particolare, si è iniziato a parlare in modo più strutturale di equità molto recentemente (Marisola *et al.*, 2017).

Per quanto riguarda il livello professionale, allo stesso modo, è stata evidenziata la *difficoltà di trattare, rendere visibile e affrontare il tema delle disuguaglianze* e dei bias impliciti dei professionisti sanitari. Come discusso in letteratura, sviluppare CC richiede uno sforzo non scontato di autoriflessione che metta in discussione gli atteggiamenti e le pratiche lavorative. Un ancoraggio ai principi dell’universalismo, come la letteratura evidenzia, potrebbe rendere più complessa tale riflessione (Seeleman *et al.*, 2015).

La percezione di una scarsa diffusione delle pratiche partecipative (che in alcuni casi ha portato ad un’“*autocritica*” da parte dei partecipanti) testimonia la necessità di un investimento maggiore e più strutturale. Le barriere alla partecipazione che sono state identificate rimandano al tema della rappresentatività, ai meccanismi di esclusione sociale, al supporto e alle competenze organizzative in grado di sostenere e mantenere relazioni partecipative, superando modalità di tokenismo. Come riportato in letteratura (Ingleby, 2011), la questione delle rappresentatività appare un problema difficile da gestire per la numerosità dei gruppi e/o delle associazioni. Alcuni intervistati hanno messo in evidenza, oltre al ruolo della barriera linguistica e della fiducia, le condizioni di esclusione sociale - dalla precarietà delle condizioni di vita, ai limitati diritti di cittadinanza delle seconde generazioni, al clima politico anti-immigrazione - che strutturalmente

minano l'abilità e la capacità di poter partecipare ai processi decisionali che riguardano le politiche sanitarie. Solo un intervistato fa riferimento alla necessità di risorse per motivare la partecipazione.

Dal punto di vista delle organizzazioni sanitarie, i dati sembrano mostrare la percezione di una impreparazione in termini di priorità, risorse e di modelli di intervento specifici. In particolare, come rilevato da Ocloo *et al.*, (2016), l'ancoraggio a modelli di partecipazione di tipo utilitaristico frena lo sviluppo di processi partecipativi che prendano in considerazione le condizioni di vita delle persone e come queste agiscano sulle possibilità di salute e di utilizzo dei servizi.

Le aree di miglioramento e le implicazioni pratiche

Le aree di miglioramento individuate attraverso le interviste vogliono rispondere alle criticità dell'implementazione e cercano di agire sul problema della disomogeneità verso uno sviluppo dei servizi sanitari in una logica di sistema e strutturale.

In tutte e tre le Regioni una prima azione indicata riguarda la promozione degli obiettivi delle direzioni regionali sul tema della salute degli stranieri o dell'equità e il cambiamento dei sistemi di performance verso l'integrazione di logiche che seguano l'equità per favorire il commitment delle aziende sanitarie. Per guidare la programmazione dei servizi sanitari maggiori sforzi devono essere fatti per definire indicatori chiari e valutabili a favore di strategie che promuovano l'equità nell'accesso e nell'uso dei servizi.

In Toscana si è proposto un potenziamento del coordinamento regionale e un miglioramento della rete dei referenti aziendali, facendo riferimento ad alcuni requisiti minimi.

È indicato un investimento sulla formazione degli operatori sanitari trattando i temi dell'accesso, dell'interculturalità, delle disuguaglianze e dell'equità, ma anche delle figure manageriali e in particolare una formazione stabile e integrata nei curriculum accademici o degli ordini professionali. Si è espresso il bisogno di un orientamento verso modelli formativi ancorati al cambiamento delle pratiche professionali e del contesto, attraverso un collegamento con le direzioni sanitarie. La letteratura infatti ha messo in luce la ridotta efficacia di una formazione slegata dal contesto (Chiarenza *et al.*, 2019; Jongen *et al.*, 2018). In Emilia-Romagna e in Piemonte, per una più efficace implementazione della mediazione culturale si è fatto riferimento al bisogno di una maggior regia regionale attraverso linee-guida metodologiche e la definizione del ruolo professionale e l'"inquadramento" come figura aziendale. Un tentativo simile è già avvenuto a livello nazionale con il progetto nazionale "For Me" sulla formazione del mediatore culturale (INMP, 2015), al quale l'Emilia-Romagna ha partecipato. È da esplorare se le linee-metodologiche individuate siano state condivise diffusamente.

Le raccomandazioni e le aree di miglioramento per lo sviluppo di pratiche partecipative spingono a interpretare il problema della ridotta partecipazione secondo una logica di empowerment – che promuova le possibilità di influenzare i processi decisionali collegati allo sviluppo dei servizi. In particolare, le aree di miglioramento indicano "strumenti per favorire il coinvolgimento dei soggetti" e "strumenti per favorire l'impegno delle organizzazioni", per lo sviluppo di pratiche di partecipazione, di scambio e di coinvolgimento nei processi decisionali superando pratiche di tokenismo. È stato indicato lo sviluppo di processi di partecipazione dal "basso", rendendo i servizi sanitari stessi luoghi di partecipazione per l'utenza che li utilizza. Richiamando il concetto proposto di "*hybrid space*" (De Freitas e Martin, 2015), inoltre è stata sottolineata l'importanza di creare spazi stabili, per costruire relazioni di fiducia che permettano un'autentica partecipazione. Per agire sul problema della rappresentatività, una strategia identificata è stata la mappatura e il riconoscimento delle associazioni secondo criteri definiti. Altre azioni individuate si interessano allo sviluppo delle risorse necessarie per le persone di origine migrante promuovendo l'idea della formazione ai diritti e all'accesso ai servizi.

Per quanto riguarda gli "strumenti per favorire l'impegno delle organizzazioni", maggiori sforzi sembra debbano essere fatti per individuare e sostenere nelle organizzazioni figure

professionali di collegamento con la comunità e a livello manageriale per garantire l'inclusività dei dispositivi di partecipazione aziendale. La formazione dei manager e dei professionisti sanitari sembra utile per favorire la cultura della partecipazione e della co-progettazione.

Sviluppare pratiche valutative che permettono di mettere in luce i vantaggi delle pratiche partecipative e di CC, anche in termini di costi sanitari, resta una via da perseguire e ancora raramente sistematizzata.

I risultati sono da leggere considerando alcuni limiti della ricerca. I nostri risultati contribuiscono ad approfondire la percezione dell'implementazione della CC nei servizi sanitari regionali da un punto di vista macro considerando fattori del contesto regionale, ma data la natura del campione resta inesplorata la percezione della qualità dei servizi e dell'esperienza dei processi partecipativi degli stakeholder finali, ovvero gli utenti.

Sviluppi futuri grazie ai risultati della ricerca potrebbero indagare, anche attraverso strumenti quantitativi, l'impatto delle diverse pratiche di coordinamento regionale sulla diffusione di pratiche di CC nel territorio regionale e "mappare" in modo più sistematico le pratiche sviluppate.

CAPITOLO 4. RISULTATI DELLO STUDIO DI CASO: INTRODUZIONE ALL'ANALISI TRASVERSALE ALLE TRE ORGANIZZAZIONI

4.1 Presentazione dei temi di analisi

Nei prossimi capitoli (Capitoli 5,6,7) sono presentati i risultati dello studio di caso che ha coinvolto tre organizzazioni sanitarie, ovvero è presentata l'analisi "intracaso". All'analisi dei dati raccolti per ogni organizzazione è dedicato, quindi, un capitolo composto dalla presentazione dei risultati delle interviste svolte e da una discussione dei risultati che riguarda i dati relativi alle interviste e all'analisi dei documenti, presente quest'ultima nell'appendice (C, D, E).

I risultati delle interviste come anticipato sono suddivisi per i livelli di analisi considerati (Manageriale; Middle Management e Professionale-Operativo) seguendo il framework comune definito attraverso l'analisi tematica. Pertanto, per ogni organizzazione i temi qui di seguito esposti sono presentati per i tre livelli professionali.

Attraverso un processo deduttivo e induttivo, sono stati definiti 4 Temi principali, che corrispondono alle sezioni in cui sono presentati i risultati. Durante tutto il processo di analisi si è rivisto l'ordine gerarchico delle categorie iniziali e di quelle emergenti per giungere ai temi così definiti:

1. Commitment organizzativo e principi a sostegno della CC e della sensibilità alle differenze;
2. Pratiche sviluppate a livello del sistema di erogazione del servizio;
3. Supporto organizzativo all'implementazione;
4. Il sistema regionale e il contesto sociale e politico.

Ogni tema rappresenta l'insieme dei sottotemi analizzati e descritti qui di seguito:

1. Commitment organizzativo e principi a sostegno della CC e sensibilità alle differenze.

Il tema del commitment organizzativo e dei principi rappresenta le categorie collegate all'investimento organizzativo sulla CC e sensibilità alle differenze, in termini di pratiche di gestione organizzativa e in termini di "approcci" ovvero i valori chiave che informano le pratiche organizzative e professionali. Le categorie che lo compongono sono le seguenti:

- *Priorità attribuita alla CC, leadership, piano strategico.* Sono i sottotemi collegati alla percezione del commitment organizzativo, alla priorità attribuita alla CC, e alla percezione della propria "competenza culturale", e che rappresentano la formalizzazione del commitment in termini di responsabilità formali aziendali e piani strategici.
- *Diversità e problemi di salute dei migranti.* Questa categoria descrive come sono rappresentati i bisogni sanitari delle persone con un background migratorio. Si sono evidenziate le seguenti sotto-aree: 1) rappresentazione su popolazione (omogenea o

sottotarget); 2) rappresentazioni su vulnerabilità e disuguaglianze; 3) problemi di salute e impatto sui servizi (es. barriere culturale, linguistica, health literacy)

- *Approccio strategico*. Rappresenta i sottotemi collegati agli obiettivi a lungo termine attribuiti a un sistema sanitario “sensibile culturalmente”; gli assi strategici utilizzati per pianificare i servizi da erogare. Fra le categorie emerse ci sono: l’equità e la riduzione delle disuguaglianze, sensibilità alle differenze, multi/inter-culturalità, interventi target specifici, diffusione, dare supporto, processualità.
- *Approccio alla pratica clinica*. Si riferisce alle modalità che descrivono l’intervento clinico e la relazione operatore-paziente straniero. Fra le categorie emerse ci sono: conoscenze culturali, riflessività, partecipazione, centratura sul paziente.
- *Le strategie di implementazione di cambiamenti organizzativi: strategie di planning e monitoring*. Questa categoria rappresenta le strategie manageriali che sostengono la progettazione dei servizi, ovvero le strategie di pianificazione e monitoraggio in ottica CC (es. analisi dati disuguaglianze e barriere; partecipazione con i servizi, équipe, esperti; risorse).
- *Le strategie al sostegno della partecipazione dell’utenza e della comunità*. Questa categoria è composta dai sottotemi individuati che descrivono le strategie manageriali collegate alla partecipazione dell’utenza e della comunità (es. outreach e comunità; co-progettazione; valutazione; rappresentanza dei dispositivi organizzativi).

2. Le pratiche nell’erogazione dei servizi e nella promozione della salute per l’utenza straniera. Sono stati categorizzati i temi relativi alle pratiche sviluppate nell’organizzazione di CC e sensibilità alle differenze, e sono stati distinti nelle seguenti categorie:

- *Pratiche di sviluppo dei processi e strutture “interne”*. Rappresenta le pratiche professionali e organizzative che riguardano il sostegno all’erogazione di servizi, specifiche per le persone straniere o in ottica d’equità (es. mediazione culturale, accesso, formazione).
- *Pratiche di sviluppo di collaborazioni interdipartimentali e d’integrazione fra i servizi*. Rappresenta le pratiche professionali e organizzative che riguardano il sostegno al coordinamento fra diversi servizi o dipartimenti specifiche per le persone straniere o in ottica d’equità (es. collaborazioni per continuità; collaborazioni per accesso; collaborazioni per progettazione).
- *Pratiche di partecipazione e collaborazioni interorganizzative nella comunità*. Rappresenta le pratiche professionali e organizzative che riguardano la partecipazione con “l’esterno” verso l’utenza straniera, con la comunità e collaborazioni interorganizzative specifiche per le persone straniere o in ottica d’equità (es. alfabetizzazione sanitaria; co-progettazione con l’utenza; co-produzione con il terzo settore).

3. Supporto organizzativo all’implementazione di pratiche di CC e di equità

Questo tema rappresenta le categorie emerse riguardanti le percezioni sul supporto e le barriere e facilitatori del contesto organizzativo:

- *Supporto organizzativo.* Riguarda le narrazioni e la percezione di supporto e bisogno di supporto all'implementazione (es. inerzia organizzativa, sovraccarico, risorse, riconoscimento)
- *Pratiche di supporto.* Rappresenta le pratiche descritte con funzioni di supporto all'implementazione ed erogazione di pratiche CC (es. coordinamento équipe e servizi; leve, la formazione, co-progettazione);
- *Barriere e facilitatori organizzativi.* Riguarda le narrazioni e la percezione di fattori organizzativi che influenzano l'implementazione CC (es. resistenze del personale; cambiamenti organizzativi).

4. Il sistema regionale e il contesto sociale e politico

Questo tema rappresenta le categorie emerse che rappresentano l'integrazione con il sistema regionale e le barriere e facilitatori del contesto esterno. Le categorie emerse riguardano:

- *Politiche regionali.* Rappresenta le percezioni del sostegno delle politiche regionali (es. politiche regionali e priorità, dispositivi di coordinamento regionale, risorse) e le pratiche di collegamento (es. advocacy) per implementare pratiche CC e d'equità.
- *Diffusione nel sistema.* Rappresenta espressioni della diffusione o bisogno di diffusione della CC (scambio di buone pratiche, conoscenze di buone pratiche, priorità).
- *Clima politico e immagine della CC.* Rappresenta l'influenza della dimensione politica sull'implementazione ed erogazione di pratiche CC (favoritismo, "nascondere", strumentalizzazioni).

CAPITOLO 5.

RISULTATI. ANALISI INTRACASO DELL'ORGANIZZAZIONE 1 (EMILIA-ROMAGNA)

5.1 Introduzione

Questo capitolo riporta i dati dell'analisi "intra-caso" della prima organizzazione. È diviso in differenti sezioni, riportando i dati raccolti a livello manageriale, del middle management e operativo.

Contesto

L'organizzazione è una Asl di grandi dimensioni che nasce dalla fusione di precedenti Unità Sanitarie Locali. Il territorio di riferimento corrisponde a quello della Provincia di appartenenza: una superficie di 2690 Km², suddivisa in 47 Comuni. La popolazione straniera nella provincia è nel 2019 di ca 94.000 persone, pari al 13,3% della popolazione complessiva, dato superiore a quello medio regionale (12,3%), con una prevalenza femminile (52,1%). La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dal Marocco con il (16,8%) di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dalla Romania (12,8%) e dall'Albania (9,1%), Cina (6,8%) e Ghana (6%).

Partecipanti

I partecipanti alla ricerca sono, per quanto riguarda il livello manageriale, 3 figure manageriali con esperienza e responsabilità sull'equità e sulla promozione della salute delle persone di origine straniera e 1 figura professionale con un ruolo di coordinamento su un progetto CC. Sono state intervistate 3 Responsabili e 4 operatori di una sede del servizio consultoriale dell'Azienda, per quanto riguarda rispettivamente il livello del middle management e il livello operativo, come riportato in Tab. 10.

Tabella 10. Organizzazione 1- Asl: partecipanti e metodo di raccolta

		Ruolo Organizzativo		Metodo di raccolta
1	F	Manageriale	Responsabile aziendale "Equità"	Intervista faccia a faccia
2	F	Manageriale	Staff in Direzione Socio-sanitaria	
3	F	Manageriale	Direzione Socio-sanitaria	
4	F	Referente Progetto CC	Educazione Sanitaria	Intervista telefonica
5	F	Middle Management	Resp. Servizio Consultoriale	Intervista faccia a faccia
6	F	Middle Management	Resp. Sede Servizio Consultoriale	Intervista faccia a faccia
7	F	Middle Management	Resp. Servizio Donna Straniera	Intervista faccia a faccia
8	F	Professionale/operativo	Ostetrica	Focus group
9	F	Professionale/operativo	Ginecologa	
10	F	Professionale/operativo	Ostetrica	
11	F	Professionale/operativo	Ginecologa	

5.2 Livello Manageriale

Si riportano i risultati delle interviste svolte: il Responsabile aziendale “Equità”, il direttore e un membro della Direzione Socio-sanitaria sono stati intervistati insieme tramite intervista faccia-a-faccia, mentre la referente per il progetto CC è stata intervistata telefonicamente. Come già descritto i risultati sono suddivisi in 4 sezioni: commitment organizzativo e principi a sostegno della CC e sensibilità alle differenze; pratiche CC sviluppate nei servizi, supporto organizzativo all’implementazione della CC, sistema regionale e contesto sociale e politico.

5.2.1 Commitment organizzativo e principi a sostegno della CC e sensibilità alle differenze

5.2.1.1 Priorità attribuita alla CC, leadership, piano strategico

Il tema della salute dei migranti è affiancato alle strategie organizzative orientate all’equità ed è sentito come un orientamento prioritario che ha disegnato strutture, responsabilità e la pianificazione dei servizi. In particolare, si presenta come critico, in termini di commitment dell’azienda, un cambiamento di direzione avvenuto tre anni prima, che ha reso le strategie volte a promuovere l’equità in azienda strutturali, istituendo l’unità operativa di “*Equity management*” e di “Strategie di partecipazione attiva” in Direzione. Non si presentano ruoli di responsabilità formali sul tema della salute delle persone di origine immigrata, ma il direttore della struttura dedicata all’equità e la direzione socio-sanitaria sono riconosciute come strutture con esperienza e responsabilità sul tema. Si valorizza l’organizzazione a matrice che permette alla struttura di Equity management di essere in comunicazione con il personale che di volta in volta è interessato dagli interventi di *Equity assessment*, considerati strategie centrale e livello organizzativo. Inoltre, il piano strategico aziendale (con numerosi obiettivi specifici della Direzione), e tutta la programmazione dei servizi che discende dalle politiche regionali ha un orientamento all’equità.

Si riconoscono alcuni servizi ed aree su cui c’è stato maggior investimento da parte dell’organizzazione per sviluppare servizi CC (materno-infantile o pediatria) e la presenza di dipartimenti meno sensibili per un minor accesso e contatto con l’utenza di diversa origine. Il consultorio in particolare è descritto come “avanguardia” sul tema CC.

5.2.1.2 Significati attribuiti alla CC: approccio alla diversità e approccio strategico e professionale

Diversità e problemi di salute dei migranti

Gli sforzi dell’organizzazione sono diretti ad una popolazione percepita come molto differente rispetto all’origine e alle condizioni di vita nei diversi territori di riferimento dell’azienda e ai problemi e priorità a cui l’azienda deve rispondere. I problemi di salute e le condizioni di disuguaglianza sono percepiti in modo diverso in base al tipo di gruppo, e un’intervistata sottolinea la necessità di distinguere i sottogruppi, evidenziando la presenza di disuguaglianze

all'accesso solo per alcune categorie specifiche. Si fa in particolare riferimento ai dati raccolti dall'azienda.

In effetti poi i migranti da noi vengono, specialmente quelli che non sono di ultimo arrivo, poi se parliamo dei migranti degli ultimi flussi perciò richiedenti asilo o titolari di protezione internazionale è un altro discorso, però insomma non abbiamo grosse difficoltà... e comunque sono abituate da sempre, per esempio quando abbiamo fatto il percorso nascita devo dire le donne immigrate prese in carico da servizi dedicati hanno sempre seguito tutto il percorso, tutto, non hanno mancato ad un test, ad un esame ad una ecografia, unica cosa che mancano è i corsi preparto, loro non ci vanno. (I.1)

Particolarmente vulnerabile è vista la fascia d'utenza dei rifugiati e richiedenti asilo, per i bassi livelli di scolarizzazione e alfabetizzazione sanitaria, nonché per le condizioni di vulnerabilità psicologica legate al trauma e all'esperienza migratoria, insieme ai gruppi di migranti "più marginali" quali gli stranieri irregolari STP per i quali si riconoscono maggiori barriere all'accesso. Differenti problemi d'accesso e condizioni di salute si riferiscono rispetto alle "badanti" e alla popolazione di "prima generazione" per cui sono diventate rilevanti le patologie legate all'invecchiamento ("stanno invecchiando anche loro"). Un problema sentito è quello del ricorso tardivo alle cure, citato sia per le malattie croniche quali il diabete, che per le malattie oncologiche a cui si collegano stili di vita "scorretti" e un minor accesso agli screening per una differente rappresentazione delle pratiche di salute e della prevenzione.

Casi gravi con amputazione che non vedevamo più, magari isolati ma gravi. Sono persone che non hanno la rappresentazione della continuità delle cure. Non è che non vogliono, ma non sanno. (I.2)

Tali problemi sono citati in riferimento anche alla salute delle donne, che oltre ad aver un minor accesso ai corsi pre-parto, maggior rischio di diabete gestazionale, possono vivere con maggiore difficoltà la gravidanza e l'esperienza del parto per ragioni culturali o per il minor supporto sociale. La differenza culturale emerge come una delle dimensioni salienti per spiegare le differenze di accesso ai servizi. Importanti barriere d'accesso, in relazione alla "chiusura" della comunità, si riscontrano per l'utenza di origine cinese.

Approccio strategico e alla pratica clinica

Gli approcci dell'azienda per ridurre le disuguaglianze e migliorare i servizi per l'utenza sono presentati secondo due linee strategiche, percepite da un intervistata come approcci in integrazione: a) un approccio all'equità, non specifico per il target migranti, che riguarda la programmazione dei servizi b) un approccio che mira ad un modello diffuso di competenza dell'organizzazione per rispondere ai bisogni specifici dell'utenza straniera e alle differenze, contrapposto ad un modello che centralizza l'assistenza agli stranieri attraverso servizi dedicati (es. ambulatori). L'orientamento all'equità dell'organizzazione è presentato come obiettivo dell'azienda nel garantire accesso equo ai diversi gruppi di popolazione, analizzando, attraverso i dati a disposizione, i processi organizzativi e i gap che possono causare disuguaglianze nell'accesso. Si enfatizza un approccio che tuteli tutte le vulnerabilità e diversità, in

contrapposizione ad un approccio “per target” che pianifica e programma i servizi per gruppi di popolazione considerati vulnerabili.

L'equità in questa azienda è vista in maniera non prettamente esclusiva sui migranti. I nostri lavori sull'equità utilizzano fondamentalmente degli strumenti, che sono strumenti tipici utilizzati dal panorama inglese utilizzati dalla scuola di Marmot¹⁴ che sono utilizzati nel equity impact assessment (..) e per equity management noi intendiamo esattamente quello che intende Marmot, io sono una sua seguace da sempre, ho praticamente applicato quel modello, cioè lavorare su tutte le variabili, anche perché lui insegna che lavorare solo sui vulnerabili ci lavorano tutti, se tu vuoi lavorare sull'equità devi andare a vedere effettivamente chi viene escluso dai tuoi servizi e andare ad indagare i gap organizzativi....(I.1)

L'approccio che l'azienda ha sviluppato per rispondere ai bisogni di salute della popolazione straniera che viene definito come di “accoglienza diffuso” è finalizzato a creare le condizioni affinché tutti i servizi siano in grado di accogliere persone straniere, di qualsiasi origine, ma in generale anche tutte le differenze. In questo caso si fa riferimento allo sviluppo di competenze multiculturali, intese come competenze riflessive e di messa in discussione delle pratiche. Per questo uno degli assi è la formazione degli operatori e la scelta di non creare servizi dedicati. L'orientamento descritto è un’*“alta attenzione e una continua sensibilizzazione.”* Le strategie orientate all'equità e alla salute degli stranieri e alla qualità dell'assistenza sono considerate di supporto al miglioramento della qualità delle cure e dell'accesso ai servizi di tutta l'utenza, in un'ottica di “centratura sui bisogni dell'utenza” e individualizzazione dell'assistenza, considerando la cultura nelle sue dimensioni “soggettive”.

Anche perché l'aspetto interessante è che, secondo me, nel momento in cui si lavora con gli stranieri, che è solo elemento di maggiore differenza rispetto alla popolazione italiana, che può avere degli aspetti diversificati, è che fa luce immediatamente sui processi di accoglienza e quelli che sono anche i gap, e questo secondo me si riesce a lavorare su questo, per vedere, aumenta anche la nostra capacità di accogliere gli italiani nelle loro differenze e nelle loro diversificazioni, poi è un lavoro complesso, però questa è la premessa, la cornice organizzativa e strategica che azienda si è data. (I.2)

Emergono diversi atteggiamenti e prospettive sugli approcci organizzativi fra i partecipanti, in particolare sull'enfasi posta al target migranti e sulla possibilità di implementare servizi dedicati all'utenza straniera, legati anche a differenze nella percezione delle disuguaglianze. Si ritiene l'approccio per target superato e si valorizza l'approccio “orientato all'equità” perché permette di riconoscere eventuali processi discriminatori dell'organizzazione e la variabilità che esiste nella categoria “migrante”, citando le seconde generazioni ma anche la variabilità dovuta allo status socio-economico. Il rischio dell'approccio per target è di favorire in termini di risorse dedicate alcuni gruppi in modo non equo rispetto ad altri e di non rispondere ai bisogni della comunità nel suo insieme.

Per un'intervistata l'idea di sviluppare interventi e servizi dedicati è vista molto negativamente, sia per ragioni di immagine, in quanto la tensione politica attuale sul tema della

14 Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., Taylor, S., & Commission on Social Determinants of Health. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. The lancet, 372(9650), 1661-1669.

migrazione rende il tema oggetto di polemiche, che per il rischio di creare, attraverso i servizi dedicati, processi di ghettizzazione dell'utenza.

Inoltre, si sottolineano le conseguenze negative in termini di processi di integrazione organizzativa come lo sviluppo di controculture e conflitti intra-organizzativi.

Mettere dei target tutti da soli, mi viene l'orticaria... perché parliamo... fra poco succederà con il panorama politico in cui ci troviamo ...non vorrei che succedesse quello che in alcune situazioni è già successo, che va tutto a quelli e poi si scordano gli altri [...]. Jassurdo, e non lo dico io, lo dice una voce più autorevole di me, che concentrando sull'immigrato tu ti scordi la nonnetta che in casa da sola non ha parenti, italiana che vive della sua pensione che magari inizia un po' di demenza senile...[...] Però poi che succede, che gli operatori stessi, parlo anni 90, dove andava di moda il fenomeno immigratorio e la gente si sentiva bella a lavorare su questa cosa, che poi la gente si è ancora a quella cosa e ostacola l'integrazione nei servizi di questa gente, perciò noi ci siamo trovati a dover lavorare in maniera tale che fosse un modello diffuso (I.1)

Un'altra fra le intervistate riconosce alcuni svantaggi e criticità nell'implementare un modello diffuso: richiede uno sforzo continuo all'organizzazione di diffondere e integrare pratiche di CC e comporta rischi maggiori per la continuità delle cure, presupponendo un buon livello di autonomia e consapevolezza dell'utenza, non sempre presente, soprattutto nei casi più complessi.

Gli interventi per target sembrano essere giustificati per casi specifici: quando le patologie e i problemi sono di "nicchia" come le mutilazioni genitali femminili o c'è una grave condizione di vulnerabilità, come nel caso degli irregolari. I servizi dedicati sono pensati come "momentanei" per favorire col tempo l'accesso "autonomo a tutti i servizi".

5.2.1.3 Le strategie di implementazione di cambiamenti organizzativi: strategie di planning e monitoring

Il tema dell'equità è legato a quello dell'accessibilità ai servizi e della ricerca e raccolta dati.

La strategia centrale a livello di management per garantire equità nell'organizzazione è il coordinamento e la programmazione degli interventi di Equity Assessment, che integrano processi di analisi dei dati sull'accesso ai servizi con la partecipazione degli "stakeholder", insieme all'utilizzo degli strumenti di Equity impact Equity Audit e Equity impact assessment. Tali strumenti sono descritti come parte della cultura organizzativa e sono utilizzati come strumenti di programmazione e pianificazione dei servizi.

Prima prendevi la scheda, organizzavi l'EQUIA, facevi le riunioni e poi rispondevi a tutti i quesiti, ora non fai più così perché EQUIA è già in testa... fra di noi quando facciamo delle robe sui servizi ..dici eh però non hai tenuto conto dei disabili, qui non hai tenuto conto però del fatto che ci possono essere degli stranieri STP, che non hanno medico di medicina generale quindi qua non possono andare quindi che cosa facciamo per questo?...Però non solo per gli immigrati. (I.1)

Gli strumenti di *Equity audit* sono valorizzati in quanto permettono una programmazione ancorata ai dati sia qualitativi (raccolti attraverso focus group, interviste semi-strutturate, questionari brevi, osservazione partecipata) che quantitativi, e la possibilità di migliorare i servizi,

rispondendo ai bisogni dell'utenza. L'*equity audit* è presentato come un percorso "faticoso" che, ove è stato utilizzato (es.: sono stati realizzati negli ultimi anni interventi sui percorsi del materno-infantile e del diabete, su due percorsi oncologici) dura in media 2/3 anni. Esso si avvale dell'apporto dell'epidemiologia, della statistica e del personale dei servizi e prevede la partecipazione degli stakeholder nel processo, sia all'avvio che nella fase finale per progettare azioni di miglioramento.

5.2.1.4 Le strategie al sostegno della partecipazione dell'utenza e della comunità

L'altro asse strategico associato allo sviluppo della CC è la partecipazione della comunità: *"lavorare su questi temi è un grande lavoro di rete con il territorio e con la realtà organizzativa. È un grande lavoro di comunità"*. La partecipazione è vista come un valore chiave dell'organizzazione, in sintonia con la cultura della città in cui l'organizzazione è situata, sostenuta dalle politiche regionali sull'integrazione socio-sanitaria. La partecipazione è sentita come necessaria per rendere i servizi centrati sui bisogni dell'utenza ed è associata al concetto di equità e alla realizzazione degli strumenti di equity audit che prevedono una fase di confronto con l'utenza. C'è una struttura dedicata che si occupa di coordinare le attività di promozione della partecipazione intesa come *"Customer experience"* fra le quali si riconoscono le attività di ricerca (interviste, osservazioni) realizzate da un team dedicato e la partecipazione ad eventi della comunità. In termini di coordinamento e strutture organizzative, il direttore di distretto è descritta come figura di presidio organizzativo che facilita il contatto con il territorio, avendo una funzione di interfaccia con il territorio, i cittadini e anche le organizzazioni. Un'altra struttura dedicata allo sviluppo di processi partecipativi è il comitato di partecipazione aziendale, di cui però si riconosce la poca rappresentatività, poiché composto principalmente da associazione di malati. La partecipazione è descritta maggiormente in termini di coinvolgimento e di empowerment della comunità, piuttosto che di partecipazione del paziente. Una delle logiche espresse per favorire la partecipazione è quella di *"uscire dal servizio"*: *l'idea è quella di andare ad eventi di aggregazione già strutturati e inserirsi lì, e non creare aggregazione ad hoc per le nostre attività... tu vai dove c'è la gente, dove la gente si incontra*". Un'intervistata descrive il coinvolgimento delle persone di origine straniera come un'attività di *scouting* a sottolineare la necessità di entrare in relazione con gruppi non facilmente raggiungibili e visibili. Le attività di coinvolgimento relative alla popolazione di origine immigrata non sono viste come un'azione strutturale, ma ancora piuttosto frammentata.

Io penso che questa roba qua richiede una funzione di scouting, nel senso che, perché se no, allora bisogna essere veramente dentro il territorio, per scovare delle realtà non note, e con i migranti tanto più, perché ad esempio li poi secondo me se li chiami, ci sei, loro vengono e rispondo molto volentieri è anche un riconoscimento sociale. Sarebbe da sistematizzare, perché abbiamo diverse realtà... sono situazioni un po' a macchia di leopardo, mentre meriterebbero di essere messe a regime. Rispetto a queste campagne o azioni bisognerebbe sempre avere un'area dedicata agli stranieri, questo sarebbe il salto. Quello che è stato fatto ha aiutato a creare un rapporto. (I.2)

5.2.2 Le pratiche nell'erogazione dei servizi e nella promozione della salute

Gli sforzi organizzativi per rispondere ai bisogni dell'utenza straniera sono stati indirizzati ad un *“lavoro interno”* sull'organizzazione e di modifica di processi e strutture assistenziali per rispondere alle *“differenze antropologiche e culturali”* e un lavoro volto alla promozione della salute, attraverso pratiche di partecipazione e *outreach*, differenziato anche per *“tipologia di utenza”*. Fra questi due versanti si evidenziano pratiche volte alla collaborazione interdipartimentale (vedi Tab.11). C'è un attuale investimento per rispondere ai bisogni sanitari di rifugiati e richiedenti asilo, attraverso la partecipazione a fondi FAMI e un'attenzione ai servizi con una minore expertise sul tema della CC.

Tabella 11. Sintesi delle pratiche CC sviluppate

Le pratiche di sviluppo dei processi e strutture “interne”

1. Mediazione culturale
2. Servizio ad accesso diretto con mediazione fissa nei servizi Consultoriali e di Pediatria di Comunità
3. Materiale multilingua presente sul sitoweb aziendale
4. Formazione degli operatori

Le pratiche di sviluppo di collaborazioni interdipartimentali e integrazione fra i servizi

1. Équipe Multidisciplinare RTP

Pratiche di partecipazione e collaborazioni interorganizzative nella comunità

1. Interventi di alfabetizzazione sanitaria
2. Moduli formativi sulle tematiche della prevenzione nei CPIA (centro provinciale istruzione adulti).
3. Coordinamento Enti Gestori- ASL
4. Partnership con un'associazione di volontariato per le cure ambulatoriali per utenza vulnerabile o STP
 - Finanziamento per l'acquisto di farmaci
5. Partnership con azienda privata per la fornitura di farmaci

5.2.2.1 Le pratiche di sviluppo dei processi e strutture “interne”

La mediazione culturale, materiale informativo e servizi ad accesso libero

La mediazione è presente in azienda, tramite appalto ad una cooperativa privata, dal 2003 in diverse modalità: fissa nei servizi ad alta affluenza della popolazione straniera dove è presente un accesso libero (servizi Consultoriali e di Pediatria di Comunità), a chiamata e telefonica per il resto dei dipartimenti. Il suo utilizzo è visto come consolidato e crescente nell'azienda, anche attraverso la presenza di mediatori “esperti”. Il mediatore è visto come una figura utilizzata per garantire un livello qualitativo alto in termini sia linguistici sia di comprensione culturale e per fornire supporto agli operatori, in quanto esperto della cultura dell'altro.

Inoltre, si presenta la traduzione di materiale multilingua e materiale informativo sul sito aziendale.

La formazione

Gli interventi di formazioni sono un'area considerata centrale e interessano gli operatori sanitari e i mediatori culturali attualmente nei servizi che sono riconosciuti come “meno sensibili culturalmente” o su nuove e specifiche tematiche (es. salute mentale, cure palliative, diabete). Per gli operatori sono organizzati corsi per favorire sensibilità alle differenze, riflessività e superare le barriere culturali, valorizzando il contributo dell'antropologia.

Abbiamo lavorato anche sull'altro versante che era quello di un processo di sensibilizzazione negli operatori, perché la capacità di accogliere voglio dire e la capacità di creare una buona compliance passa anche attraverso al fatto che l'operatore metta in discussione un po' le sue modalità routinarie e si interroghi su chi ha di fronte e su che cosa può mettere in campo di diverso....[...] [l'antropologia] è un'altra visione che aiuta a crescere gli operatori in termini in multiculturalità in senso lato, perché noi tutti abbiamo delle microculture alla fine in un mondo così globalizzato. (I.2)

5.2.2.2 Le pratiche di sviluppo di collaborazioni interdipartimentali e integrazione fra i servizi

Quali strategie di collaborazione intraorganizzativa, l'azienda ha sviluppato alcune pratiche per rispondere ai bisogni di salute dei richiedenti asilo e rifugiati. Sono state istituite negli ultimi anni due équipe multidisciplinari (una dedicata agli adulti e l'altra ai minori stranieri non accompagnati), per la valutazione della vulnerabilità e la presa in carico rispetto ai disturbi post-traumatici, tramite fondi FAMI. Le équipe sono formate da professionisti dei dipartimenti che per primi “intercettano” gli utenti (igiene pubblica, vaccinazioni, malattie infettive) e dai servizi territoriali quali il consultorio, la salute mentale e le cure primarie ed è inoltre predisposta la presenza dei mediatori culturali, in coordinamento con figure degli enti gestori.

5.2.2.3 Le pratiche di partecipazione e collaborazioni interorganizzative nella comunità

Le pratiche di partecipazione

Dagli intervistati sono descritte e valorizzate le azioni di partecipazione con gruppi di utenza straniera e collaborazioni interorganizzative: alcune hanno carattere strutturale, altre sono collegate a progetti. Le strategie implementate per il coinvolgimento di persone e gruppi di popolazione di origine straniera si sono sviluppate a partire dalla realizzazione, in collaborazione con i mediatori, di una mappatura delle associazioni e dei luoghi di incontro, ritenuta fondamentale per mettere in contatto il servizio con le realtà locali, nell'ottica di dare vita ad attività di “co-progettazione”. Fra le strategie strutturali ci sono le azioni di alfabetizzazione sanitaria realizzate nei centri di formazione permanente (CPIA), attraverso la collaborazione con il Centro Stranieri del Comune e l'ex Provincia. I concetti della prevenzione sono stati tradotti in moduli didattici nell'idea di rendere “naturale” l'apprendimento delle informazioni sull'accesso e alla prevenzione e raggiungere un ampio numero di persone.

Più recentemente, a sostegno degli interventi attivati per i richiedenti asilo è stato istituito un coordinamento fra la Asl e gli Enti Gestori, per favorire una ricognizione e una mappatura dei bisogni sanitari.

Inoltre, sono stati realizzati due progetti di alfabetizzazione sanitaria nei luoghi di incontro informali, di cui uno su domanda della Consulta degli Stranieri. A seguito di una co-progettazione fra Consulta degli stranieri a ASL sono stati realizzati incontri con le comunità, ovvero per gruppi “omoculturali”. Nonostante un focus specifico per i gruppi di origine straniera, il progetto, tuttavia, è pensato come rivolto a tutta la comunità. L’obiettivo degli interventi è stato quello di promuovere l’accesso e l’uso appropriato dei servizi di base. Per favorire la partecipazione, un ruolo importante hanno avuto i mediatori della consulta per individuare i luoghi di incontro (es. super market) e coinvolgere le famiglie. Nell’idea di costruire interventi che rispondessero alle esigenze sentite dalle comunità, gli incontri si sono svolti con la presenza di un mediatore e in una modalità partecipativa, sviluppando i temi sulla base delle domande dei partecipanti (ad esempio il rinnovo del STP o l’accesso ai servizi), ed è stato proposto un questionario ai partecipanti per scegliere i temi da affrontare nei successivi incontri. Per favorire il coinvolgimento dei diversi gruppi sono state trovate modalità di azione diverse, come nel caso della comunità cinese:

Si la comunità cinese ci hanno proprio detto chiaramente i nostri portavoce, noi non siamo abituati a partecipare a degli incontri in cui ci vediamo, stiamo lì delle ore a discutere. Noi cerchiamo una comunità molto più smart, molto più veloce, tutte le informazioni girano tramite WeChat. E quindi loro preferivano dei documenti sintetici semplici, facili da tradurre, che potessero arrivare a più persone possibili. (I.4)

Le difficoltà di realizzazione degli interventi di *outreach* si riconoscono nella difficoltà di coniugare l’interesse ad avvicinarsi alle comunità con i vincoli organizzativi, quali per esempio gli orari degli incontri, e nel coordinamento fra organizzazioni differenti. Inoltre, la promozione del coinvolgimento delle comunità risulta più complessa per la presenza di differenze interne fra i gruppi (es. religiose), a volte in conflitto; per i diversi modi di concepire la partecipazione fra i gruppi, trovando comunità meno favorevoli al coinvolgimento; per la difficile raggiungibilità di alcuni gruppi per le condizioni di vita (es. badanti) o per la dispersione sul territorio.

Ambulatorio medico per Stranieri STP, partnership con il privato sociale e il terzo settore

Sono valorizzate dai partecipanti le azioni di collaborazione interorganizzativa per l’accesso e la co-produzione. Per rispondere ai bisogni di salute degli stranieri “irregolari” è stata stipulata una convenzione con un’associazione di volontariato, per la gestione degli ambulatori che si occupano dell’assistenza di base, presente in tutti i distretti dell’azienda. La scelta dell’associazione è legata al fatto di favorire l’accessibilità geografica, essendo ambulatori dove le persone più vulnerabili si rivolgono anche per altri tipi di assistenza. Inoltre, nell’idea di ridurre le barriere di accesso alle cure e favorire la continuità “evitare il doppio giro” sono stati istituzionalizzati dei percorsi per le visite specialistiche attraverso la disposizione di un ricettario che permette la prescrizione delle visite ai medici dell’ambulatorio e sono state predisposte delle misure per garantire l’accesso ai farmaci. La prima misura è un finanziamento dell’azienda per l’acquisto dei farmaci, mentre la seconda consiste in una collaborazione intersettoriale (c’è una

convenzione con un'azienda della nettezza urbana per "il riciclo" e quindi la fornitura di farmaci raccolti dalle farmacie ospedaliere o pubbliche).

5.2.3 Supporto organizzativo all'implementazione di pratiche di CC e d'equità

Per la progettazione e la definizione delle strategie organizzative la costituzione di una struttura sui temi dell'equità in direzione sanitaria è visto come un fattore che può facilitare una lettura sistemica delle azioni in atto e degli operatori che lavorano sul tema della salute dei migranti, anche se non si sente la necessità di definire tali responsabilità in modo formale sui temi della migrazione. Per le strategie di Equity Assessment è predisposto un coordinamento annuale fra i dipartimenti coinvolgendo i settori specifici che di volta in volta sono interessati dal processo. Nell'idea di promuovere attenzione su più livelli e tutelare l'integrazione fra servizi centrali e territorio, è stato sviluppato un coordinamento aziendale del servizio di mediazione che prevede un referente aziendale e distrettuale che interfacciano i servizi.

5.2.4 Il sistema regionale e il contesto sociale e politico

Le politiche regionali sono valorizzate e percepite come facilitatori alla diffusione del tema dell'equità: si riconosce un impegno storico della Regione e il ruolo delle strutture di Governance regionali sull'equità nell'indirizzare le politiche dei servizi. Molto apprezzato è l'ultimo piano Socio-sanitario per l'approccio che supera i target e per il monitoraggio:

Azioni trasversali sull'equità, quindi non più per target, questo per me è l'evoluzione del piano sociale sanitario, che ormai era diventato imbarazzante parlare di alcolisti....adesso invece ci sono azioni trasversali che prendono tutta la popolazione. Abbiamo già scritto le schede della programmazione e noi terremo il monitoraggio come azienda proprio sulla scheda dell'equità, questo ha significato anche per noi, per l'integrazione sociosanitaria. (I.3)

A sostegno delle azioni aziendali si riconoscono diverse politiche regionali di promozione all'equità come quelle relative all'inserimento della figura del mediatore, la garanzia dell'accesso agli screening anche per i migranti irregolari e le delibere che hanno istituito i piani di equità aziendali in tutta la Regione. Molte delle scelte organizzative, inoltre, sono presentate facendo riferimento alle pratiche di altre aziende.

La dimensione politica legata al tema della migrazione e il clima politico di tensione attuale sono, tuttavia, citati da un'intervistata come un ostacolo esterno allo sviluppo di pratiche di CC e alla possibilità di una sua diffusione: *"in questo momento storico anche poco approfondito, che è un po' negare il problema. È un tema che subisce la semplificazione e su cui occorre lavorare anche se non si può dire...non è molto in"* (I.2).

Quindi, a differenza del passato in cui l'investimento sulla salute dei migranti era maggiormente valorizzato (*"parlo anni '90 quando andava di moda... lavorare su questa cosa"*), attualmente è sentito, da qualcuno, come meno legittimato e valorizzato (*"non si può dire...non è molto in"*).

5.3 Livello del Servizio: il contesto

Sono qui presentati i dati raccolti attraverso le interviste a partecipanti parte del servizio consultoriale, indicato come contesto di buone pratiche CC all'interno dell'azienda. Il consultorio garantisce le cure primarie nell'area della salute sessuale, riproduttiva e psico-relazionale per la donna, per la coppia e per i giovani.

Presso il consultorio è attivo uno Spazio Giovani e un Centro Salute Donne Straniere con orari dedicati nei quali sono presenti mediatrici culturali di lingua araba ed inglese. L'accesso è libero; le prestazioni richieste dagli specialisti interni (esami di laboratorio) possono essere prenotate sia al Consultorio che al CUP. L'équipe è costituita da ostetriche, medici ginecologi, infermiera, psicologi, mediatore culturale.

La sede del consultorio è collocata in un comune con una popolazione straniera residente di 28.629 persone pari al 15,4% dei residenti. Le nazionalità presenti sono 135. Le prime 5 nazionalità maggiormente rappresentate sul totale della popolazione residente erano al momento della rilevazione: rumena, marocchina, filippina, ghanese e albanese.

5.4 Livello Middle Management

Sono presentati i risultati delle interviste svolte con le figure manageriali del servizio consultoriale. Sono state intervistate individualmente la Responsabile Aziendale dei Servizi consultoriali, la responsabile della sede consultoriale selezionata e la responsabile del centro salute donna straniera.

5.4.1 Commitment organizzativo e principi a sostegno della CC e sensibilità alle differenze

5.4.1.1 Priorità attribuita alla CC, leadership, piano strategico

Sviluppare pratiche per rispondere ai bisogni della popolazione straniera è descritto come un obiettivo primario del servizio e una priorità che ha dato forma all'organizzazione dei servizi a partire dagli anni '90, in rispondenza dell'alta presenza della popolazione straniera e delle politiche regionali, nonché una caratteristica distintiva e valorizzata della propria storia e identità del servizio. I valori dell'equità e della tutela della vulnerabilità sono stati posti al centro dell'organizzazione dei servizi, definendo come aree prioritarie su cui investire quelle della gravidanza e delle interruzioni di gravidanza, della contraccezione, delle malattie trasmesse sessualmente. Nel piano strategico attuale non si riconoscono obiettivi specifici per la popolazione di origine migrante, se non per i progetti che riguardano rifugiati e richiedenti asilo, mentre il resto della programmazione (che discende da politiche regionali e piani di zona) è pensata considerando le specificità della popolazione straniera e italiana. Si descrive un'evoluzione nell'approccio di gestione organizzativa che ha reso il servizio nel tempo capace di rispondere ai bisogni della popolazione superando una prima fase di gestione "emergenziale" dove la presenza dell'utenza immigrata è stata sentita come un forte stress per servizi e operatori.

La sensibilità alle diversità dell'utenza è un elemento della cultura organizzativa che si è istituzionalizzato nel tempo: *“Per noi è diventata routine. Tutta la programmazione sul tema come allattamento, screening utero teniamo conto che abbiamo donne straniere, quindi materiali tradotti... (I.5)”*

Tuttavia, insieme ad una percezione di efficacia, supportata dal numero di accessi di donne straniere e dai dati su alcuni esiti, si sente la necessità di trovare nuovi modi e di innovare ulteriormente le pratiche: *“è un mondo particolarmente complesso su cui non si è lavorato abbastanza. Bisogna studiare di più”*.

5.4.1.1 Significati attribuiti alla CC: approccio alla diversità e approccio strategico e professionale

Diversità e problemi di salute dei migranti

Come visto nel paragrafo precedente, la diversità è sentita come una dimensione costitutiva (50% per es. tra le donne in gravidanza) e al tempo stesso come una sfida e fonte di complessità per le pratiche professionali. Si descrive come altamente differenziata per provenienza e condizioni di vita e migratorie. Nei discorsi appare una differenziazione in base ai diversi problemi riscontrati fra i diversi gruppi: donne neo-arrivate per ricongiungimenti familiari, ragazzi di “seconda generazione”, richiedenti asilo e rifugiati. L'attenzione è rivolta al problema linguistico, sentito come prioritario e complesso soprattutto in riferimento alle persone neo-arrivate o per le donne di comunità dove il processo di integrazione linguistica è più lento, e alle problematiche relative alla differenza culturale, che condizionano la relazione con i professionisti *“si fidano di più della mediatrice”* e l'uso dei servizi. Questi appaiono rilevanti sia per i neo-arrivati, tra cui donne e uomini richiedenti asilo, con bisogni specifici legati al trauma e alla minor health literacy, che per le “seconde generazioni” per i “problemi di relazione transgenerazionali”. Inoltre, gli sforzi sono stati rivolti a migliorare l'accessibilità ai servizi per chi è in condizioni di precarietà dello status giuridico legale e in particolari condizioni di vita a rischio, come per le vittime di tratta. Il passaggio e l'uso degli altri servizi per un'intervistata è il problema più rilevante (*health literacy*).

Nell'uso dei servizi si riconoscono buoni livelli di accesso e di alcuni esiti, ma anche disuguaglianze nell'accesso ai corsi preparto e nell'accesso alla prima visita relativa alla gravidanza, come testimoniato dai dati raccolti a livello aziendale, per motivi ricondotti ai processi migratori, alle differenze culturali o alla maggior preoccupazione di vivere una gravidanza in un paese straniero. La differenza culturale non è spiegata come “stranezza”, ma come dimensione relativa di cui si riconoscono le risorse e i vincoli: per esempio il minor accesso ai corsi pre-parto è in parte collegato ad una concezione di gravidanza meno medicalizzata. Un altro aspetto di disuguaglianza riconosciuto è il ricorso alle interruzioni di gravidanza, e per alcuni gruppi, un maggiore numero di tagli cesarei. Un tema su cui si è investito recentemente è quello della violenza domestica, sentito come particolarmente complesso in un contesto “interculturale”.

Approccio strategico e alla pratica clinica

L'approccio e le strategie pensate per rispondere alle sfide della migrazione è descritto da un'intervista attraverso l'evoluzione da un approccio "categoriale/target" ad uno di "sensibilità alle differenze": si è passati dall'istituire sedi specifiche con figure specializzate, pensando ai migranti come una "categoria a rischio", al riconsiderare le pratiche per rispondere ad una popolazione altamente differenziata anche per contesti di appartenenza, fino all'ultimo passaggio, quello attuale, di pensare l'origine, come una fra le differenze dell'utenza. Le intervistate si riconoscono in un approccio all'equità capace di pensare interventi specifici per ridurre le disuguaglianze di un gruppo vulnerabile, senza targettizzate, ma emerge allo stesso tempo un orientamento a sviluppare azioni "per tutti", che un'intervistata indica come area di miglioramento. In questo senso si fa riferimento anche ad un approccio "multiculturale" ovvero pensato per tenere in conto la diversità culturale "di tutti" o all'idea di saper sviluppare pratiche che coinvolgano diversi gruppi di popolazione su problemi comuni. Sviluppare i servizi tenendo conto delle diversità è considerato un valore aggiunto per la qualità dell'assistenza per tutti. Approcciare il tema della salute dei migranti, secondo la lente dell'equità è sentito per un'intervistata come vantaggioso, soprattutto in termini di advocacy e diffusione del tema, in quanto più accettato socialmente dell'approccio per target

Tuttavia, se da una parte si ritiene superato un approccio per target *"forse non si lavora più per i migranti"*, in nome dell'intravariabilità dei gruppi e della popolazione straniera, dall'altra si ritiene importante riuscire a pensare, leggere e rispondere alle disuguaglianze e alle diversità di bisogno, differenziando le modalità di assistenza in base alla comunità di appartenenza, al genere e all'età, considerando l'influenza dei diversi contesti di appartenenza sulla salute.

Dal punto di vista organizzativo si ritiene fondamentale il supporto attraverso la formazione degli operatori e dell'équipe, la mediazione e l'accesso. Dal punto di vista clinico si enfatizzano le capacità riflessive dei professionisti, le conoscenze culturali, la consapevolezza dei propri stereotipi. Si fa riferimento ad un approccio capace di non targettizzare: considerare l'appartenenza alla comunità sapendo rispettare e riconoscere i bisogni soggettivi, di autonomia e autodeterminazione, attraverso la partecipazione. Si pone quindi come importante la questione del potere e del genere.

[...]devi lavorare su cosa significa essere straniero, essere donna o uomo, quali sono gli stereotipi che ti portano alla malattia. Ma dopo quando hai la persona davanti magari è donna e ha stereotipi maschili o viceversa. Stessa cosa per lo straniero. Dipende. Probabilmente non c'è più l'idea del lavoriamo per stranieri, però la specificità c'è lo stesso e quindi bisogna continuare a lavorare per capire con loro a livello di gruppo.. Tenendo conto che una delle cose che ci differenziano dall'Inghilterra e per la quale le donne straniere sono contente di essere in Italia, è che lì i mediatori risolvono anche questioni all'interno della comunità, anche cose dal punto di vista legale. Le donne contestano questa cosa. ...sto pensando rispetto alla differenza di genere, la libertà e l'autonomia delle donne. Perché chi è qua pretende di essere considerata cittadina italiana con i diritti da cittadina, e lo dicono chiaramente. É questa la difficoltà che hanno nel gestire la loro vita perché è difficilissimo. Ragazze venute qua sposate con matrimoni precoci che vivono vite che a confronto delle coetanee italiane sono completamente diverse, a volte vogliono cambiare vita, con la stessa autonomia, indipendenza (I5)

5.4.1.3 Le strategie di implementazione di cambiamenti organizzativi: strategie di planning e monitoring

Per rendere il servizio capace di agire in un'ottica di equità è sentito come fondamentale poter far riferimento ai dati di accesso ed esiti, mentre, per rispondere alle sfide della diversità culturale e ai bisogni dell'utenza straniera, si cita il confronto con l'équipe e con le mediatrici e la consulenza di antropologi e sociologi.

L'uso dei dati sulla salute dei cittadini stranieri, in particolare, disaggregati per provenienza (*“per etnia, provenienza perché poi quando si parla di stranieri non vuol dire niente”*) è utilizzata e altamente valorizzata per comprendere i problemi e definire priorità, riconoscere le disuguaglianze e valutare l'impatto delle azioni.

5.4.1.4 Le strategie al sostegno della partecipazione dell'utenza e della comunità

L'integrazione socio-sanitaria e quindi la collaborazione interorganizzativa e con la comunità, attualmente favorite dall'implementazione della programmazione regionale (piani di zona), appaiono come un asse strategico centrale per lo sviluppo di servizi equi e CC.

Uno dei miei obiettivi più grossi e forse siamo a metà strada è trovare sistemi per collaborare con altre organizzazioni del territorio che siano istituzionali o di volontariato. Quello è un sistema che deve essere applicato a tutti. Le donne straniere ci hanno posto di fronte a una complessità che non era così chiara prima e che ci impone di collaborare con altre strutture, non c'è alternativa. (I.6)

Un'intervistata mette in risalto l'importanza della costruzione e della cura di un legame fiduciario con le utenti attraverso processi “dal basso” creando contesti di condivisione su problemi che interessano la comunità nel suo insieme e non solo le persone di origine straniera. La partecipazione è intesa, quindi, secondo una prospettiva che sovrappone il concetto di integrazione a quello di empowerment e di adattamento reciproco ai valori e norme, considerando i problemi di convivenza delle comunità “multiculturali” e le loro ripercussioni in termini di disagio sociale. In particolare, rispetto alle donne straniere, la partecipazione sarebbe un processo da costruire a partire dalla relazione con le pazienti che si incontrano nel servizio, spazio ritenuto più accessibile che le associazioni, oppure attraverso il coinvolgimento delle mediatrici e rappresentanti delle comunità. Soprattutto si riconosce l'importanza di costruire processi condivisi con tutta la comunità (con italiani e stranieri).

Sono d'accordo, però penso possano funzionare meglio le esperienze in cui c'è una partecipazione dal basso, quindi c'è un contesto dove ci sono problemi di tutti, ci si trova e si ragiona insieme con qualcuno che riesca a gestire le differenze di interessi, i famosi mediatori di contesto, che lavorano insieme per trovare soluzioni lì alle criticità che ci sono.... Se c'è una mamma indiana sola che non parla italiano, intanto la mandiamo a un corso di italiano e contemporaneamente magari c'è una nonna di 60 anni in pensione che può darle una mano. [...]

queste non vanno nei centri stranieri, vanno nei 43 consultori della provincia però hanno una serie di esigenze. (I.5)

La partecipazione, come condivisione della mission e delle scelte strategiche del servizio, è riconosciuta come un processo fondamentale per la relazione con tutta l'utenza e l'immagine del servizio. Infatti, attualmente si percepisce una frattura nella relazione con una parte dell'utenza italiana, a causa della percezione di favoritismo, e il mancato coinvolgimento alle strategie definite.

5.4.2 Le pratiche nell'erogazione dei servizi e nella promozione della salute

Le strategie sviluppate nel servizio sono finalizzate alla riduzione delle disuguaglianze nell'accesso, nella qualità delle cure e nello stato di salute, attraverso pratiche di sviluppo interno, di promozione della salute, di partecipazione e di collaborazione intra e interorganizzativa. Sono di seguito presentate le pratiche sviluppate come riassunte in Tab. 12.

5.4.2.1 Le pratiche di sviluppo dei processi e strutture "interne"

Accessibilità

L'organizzazione dei servizi ambulatoriali è stata sviluppata in modo tale da favorire l'accesso ai servizi in termini di raggiungibilità e appropriatezza e continuità delle cure. Si è puntato allo sviluppo di un'organizzazione generale dei servizi sensibile ai bisogni delle pazienti straniere a partire dall'accessibilità dei servizi (apertura di alcuni ambulatori al sabato). Inoltre, negli ultimi tre anni, come azione trasversale per tutta l'utenza, si è lavorato per ridurre i tempi d'attesa sui casi complessi, grazie al triage svolto da un'ostetrica e il sistema informatizzato di prenotazione degli esami. In aggiunta a questa organizzazione generale, si è realizzato uno spazio dedicato alla donna straniera ad accesso diretto e con mediazione stabile, che è la strategia storica e più facilmente richiamata in associazione con i problemi dell'utenza straniera (vedi parag. successivo).

Il servizio dedicato

Il servizio dedicato, ad accesso diretto, è fra le prime azioni intraprese dall'organizzazione, con il supporto di finanziamenti regionali, che prevede l'apertura degli ambulatori due pomeriggi a settimana con la presenza di una mediazione fissa (lingua araba e lingua inglese con la mediatrice proveniente dall'area Subsahariana). Recentemente è stato avviato uno spazio dedicato con mediazione fissa cinese, ma su appuntamento.

Il servizio è rivolto alle persone che non parlano l'italiano e con i documenti non in regola, per la maggior parte donne che arrivano in Italia per ricongiungimenti familiari a cui si aggiungono le donne richiedenti asilo accompagnate dagli operatori dei CAS o donne vittime di tratta, giunte al servizio attraverso il progetto attivo con il Comune contro lo sfruttamento della prostituzione.

Tabella 12. Sintesi delle pratiche CC sviluppate

Le pratiche di sviluppo dei processi e strutture “interne”

1. Accesso Diretto
2. Riduzione dei tempi d’attesa
3. Orari d’apertura
4. Mediazione culturale
 - a. Corso pre-parto con mediazione
5. Formazione
 - a. Valutazioni multiprofessionali
 - b. Screening per la violenza domestica
6. Materiali multilingua per l’anamnesi alimentare, screening.
7. Servizio di trasporto per partecipazione a corso pre-parto
8. Adattamento dell’ambiente fisico del servizio
 - a. Progetto per la lettura
9. Pratica professionale: Apprendimento della Lingua
10. Educazione alla salute – richiedenti asilo e rifugiati
 - a. Progetto Prevenzione dell’IGV
 - b. Corso pre-parto con mediazione
 - c. Personalizzazione corsi pre-parto

Le pratiche di sviluppo di collaborazioni interdipartimentali e integrazione fra i servizi

11. Pratica professionale: Remind
12. Collaborazioni interdipartimentali: prenotazioni visite, continuità delle cure

Pratiche di partecipazione e collaborazioni interorganizzative nella comunità

13. Collaborazione Progetto Regionale per le vittime di tratta
14. Partnership con altre organizzazioni della comunità: associazioni, centri stranieri, comune, Enti Gestori
15. Focus group
16. Mappatura Associazioni
17. Educazione alla salute
 - a. Interventi Outreach di educazione alla salute
 - b. Formazione educatori centri gestori
 - c. Peer Education multiculturale

Il servizio è descritto come un ambiente particolare per l’attenzione e la cura rivolta alle pazienti “*un luogo così dedicato*”, ma allo stesso tempo frenetico “*caos organizzato*”.

Gli aspetti di peculiarità, e riconosciuti come un valore aggiunto, sono l’accesso diretto e la mediazione fissa e una particolare organizzazione dell’équipe, che permette una collaborazione molto più stretta tra ostetriche e ginecologi, in cui l’ostetrica ha un ruolo di accoglienza e coordinamento sulle visite ed esami. Tale organizzazione consentirebbe di aver maggior controllo sulla presa in carico e sulla continuità delle cure. L’accesso diretto, senza la necessità di appuntamento e la presenza delle mediatrici sono sentiti come importanti fattori per favorire l’utilizzo del servizio, che sembra molto conosciuto e utilizzato dalle donne straniere “*a volte ho scoperto che le donne partono dal Marocco che hanno già il numero del consultorio*”.

Un’intervistata riconosce nelle mediatrici, che hanno un forte legame con la comunità, un ruolo fondamentale nel costruire fidelizzazione con l’utenza, la quale utilizza il servizio come punto di

riferimento anche per avere dei chiarimenti su altre pratiche sanitarie, non inerenti alla gravidanza o alla salute della donna. Si esalta anche il valore della sala d'aspetto del servizio in termini di accessibilità dove le donne possono andare con bambini, amiche e famigliari.

Giocano un ruolo fortissimo le mediatrici perché si crea rapporto da professionista ma anche con qualcos'altro, e anche il sapere che in quel luogo e momento trovi una sala d'attesa dove vedi persone che conosci con cui puoi parlare tua lingua. (I.6)

È un servizio sui generis perché la nostra sala d'attesa è un casino che a me piace tantissimo ma che in un ambulatorio classico.. (I.7)

Tuttavia, un'intervistata, in modo particolare, descrive la difficoltà di gestione dell'accesso diretto per i professionisti che, senza la programmazione degli appuntamenti, funziona come “*un pronto soccorso*”, con momenti di gestione difficili per l'afflusso e la disponibilità delle mediatrici. Tutte le intervistate sembrano condividere la mission del servizio, quale servizio dedicato a chi “*non conosce la lingua o non ha i documenti in regola*”, con una funzione di prima accoglienza e di integrazione. Si sottolinea l'importanza di evitare un effetto di ghettizzazione dell'utenza, pur dichiarando la difficoltà di mettere in pratica pienamente tale obiettivo, per la fidelizzazione dell'utenza al servizio e i vantaggi per le utenti connessi all'accesso diretto.

È un momento di passaggio per introdursi, per conoscere il servizio sanitario. L'intento sarebbe di accompagnare verso i servizi classici, non più quello in cui arrivi e non paghi perché non sei in regola con la documentazione, perché la salute è per forza burocratizzata. Già facciamo fatica noi che sappiamo l'italiano a trovare un appuntamento. Poi man mano che aumenta la loro competenza dobbiamo accompagnare a altri servizi o sempre nel consultorio ma al di fuori dello spazio donne, c'è da dire che si affezionano molto. (I.7)

In termini di gestione organizzativa, un'attenzione a favorire un utilizzo non esclusivo del servizio servirebbe anche a stemperare l'accusa di favoritismo nei confronti dell'utenza straniera, per le prestazioni ad accesso diretto.

La mediazione linguistica-culturale e la riduzione della barriera linguistica

La mediazione linguistica-culturale. Il servizio si avvale della mediazione dedicata nel centro donna straniera, mentre è a chiamata e telefonica negli altri orari del servizio e, in alcuni ambulatori, è accessibile in video conferenza (skype). Inoltre, fra gli strumenti di supporto ai professionisti, ci sono i materiali multilingua per facilitare l'anamnesi alimentare sia in termini linguistici che culturali, con il riferimento a cibi tradizionali di alcune provenienze.

La mediazione è vista come una strategia determinante per la progettazione dei servizi e nella relazione clinica. Nella relazione clinica è sentita utile per comprendere modi di fare differenti legati alla salute, all'uso dei servizi, e per costruire un legame di fiducia con le pazienti necessario per la valutazione e la proposta dei trattamenti.

Trovano un servizio dove c'è la mediatrice che le può aiutare perché la mediatrice non è una traduttrice, è linguistico-culturale quindi conosce la cultura, magari vengono dallo stesso paese, hanno fatto una vita diversa però ci aiuta a capire le tradizioni, principi o come funziona la salute e il sistema sanitario a casa loro perché ci aiuta a capire cosa ha fatto, cosa può aver già fatto.

Ci spiegano quello che può essere la realtà, ce lo spiegano anche le donne stesse, non solo i mediatori. (I.7)

La presenza delle mediatrici è valorizzata per il canale comunicativo privilegiato con le pazienti che permette di raccogliere informazioni importanti per l'assistenza alla donna:

Non so sul discorso violenza, sul discorso rapporti con il marito, sul discorso non so come mi sento qui in questa società, sono tutta una serie di cose che sono tra l'altro per noi fattori importanti, incidono sulla salute delle persone, molto. Quindi per noi sarebbe importante saperli, però non le dicono in ambulatorio e le dicono alla mediatrice. (I.6)

Gli intervistati fanno, inoltre, riferimento alla gestione strategica della mediazione. L'uso della mediazione è promosso fra gli operatori non solo per i problemi linguistici ma anche per poter favorire una comunicazione capace di comprendere la prospettiva del paziente “... *ed è una cosa su cui io batto tanto, è di usare la mediatrice anche con le persone che non hanno, che ti sembra non abbiano problemi, perché non è così*”.

È percepita come un'area da migliorare la disponibilità della mediazione dedicata, registrando, in particolare, maggiori difficoltà d'uso della mediazione a chiamata. Inoltre, la gestione organizzativa della mediazione linguistico-culturale, il cui profilo professionale resta non chiaramente definito a livello di sistema, richiede la formazione delle operatrici su aree specifiche e un posizionamento strategico delle mediatrici nelle sedi dei servizi per tener conto delle criticità del rapporto fra le mediatrici poiché per alcune donne, è vissuto come un ostacolo alla propria privacy.

La riduzione della barriera linguistica. Il servizio ha orientato alcune delle sue pratiche per la promozione dell'apprendimento della lingua italiana, area su cui si ritiene importante un maggiore investimento, in un'ottica di promozione dell'autonomia e dell'integrazione e accesso ai servizi. È stato attivato un progetto dedicato alla lettura e all'esposizione della lingua italiana, destinato ai bambini e alle mamme realizzato nella sala d'aspetto del centro donna straniera e i professionisti promuovono l'importanza dell'integrazione linguistica presso le famiglie: *i professionisti cercano di sollecitare perché è un modo per rendere autonome le donne, a volte i mariti non vogliono, mentre cerchiamo di far comprendere ai partner che è fondamentale che sappiano l'italiano perché se vado dal medico per il bimbo devono comprendersi (I.5).*

La formazione

Dotare i professionisti sanitari di strumenti per accrescere le loro competenze di assistenza e ridurre le barriere alla qualità è stata una delle strategie centrali del servizio, in accordo con l'organizzazione, mentre recentemente sono state attivate formazioni volte alla valutazione “multiprofessionali”. Lo sviluppo di competenze e la messa in atto di pratiche professionali CC è favorito attraverso la gestione dell'équipe, la promozione di forme di apprendimento tra pari e momenti di formazione formali.

Si è ritenuto importante favorire lo sviluppo di competenze per l'assistenza linguistica come le competenze di valutazione delle barriere linguistiche e di utilizzo della mediazione. Si pone attenzione al tema critico della “regolazione dei confini professionali” fra il mediatore e il

professionista e appare, quindi, importante tutelare la partecipazione delle donne al processo comunicativo evitando la *delega* al mediatore.

L'obiettivo nella formazione che stiamo facendo con i professionisti soprattutto in consultorio è di riuscire a fare valutazioni multiprofessionali, è la stessa professionista che lo fa, riesce a comprendere il bisogno a tutto tondo. Non che viene per mal di pancia, gli do qualcosa e io sono a posto. Perché poi in ambulatorio le cose saltano fuori, basta dare tempo e le persone te lo dicono. Se tu hai l'attenzione a determinate cose salta fuori. Non vuol dire non targettizzare la persona, verificare se la persona ha dei problemi, glielo chiedo, chiedo quali sono le sue paure. (I.5)

La formazione è intesa come supporto e strategia continua, e quindi, l'introduzione di nuovi strumenti e pratiche professionali è accompagnata da un approfondimento in chiave interculturale con il supporto delle mediatrici (es. su screening della violenza domestica, della diagnosi prenatale e del disagio psichico in gravidanza). Tuttavia, recentemente le intervistate registrano un minor investimento e una minore disponibilità di risorse per la formazione in generale e in modo specifico sui temi dell'equità e dell'interculturalità, presenti se non attraverso i fondi FAMI.

Educazione, prevenzione, promozione della salute

Le pratiche di educazione alla salute sono state modificate e sviluppate per rispondere ai bisogni delle persone di origine straniera. Tali attività hanno riguardato i corsi pre-parto, i corsi alla sessualità rivolti agli adolescenti, la prevenzione delle IVG (attraverso un progetto finanziato specifico) e corsi di educazione sanitaria svolti presso le comunità o gruppi di persone di origine straniera. Per rispondere al minor accesso ai corsi di preparazione alla nascita sono stati messi in atto diversi tentativi che sono ancora in corso: in passato si era attivato un servizio di trasporto e di accudimento dei figli per permettere la partecipazione al corso condotto insieme alle mediatrici, mentre più recentemente c'è stata una riformulazione del corso verso modalità più personalizzate, proponendo un appuntamento individuale con la mediatrice, riprogrammabile, o il corso di gruppo già nei primi appuntamenti con le pazienti. Inoltre, per diffondere informazioni sulla salute e i servizi c'è un orientamento a "sfruttare" la situazione informale della sala d'aspetto, soprattutto dello spazio donna stranieri.

5.4.2.2 Le pratiche di sviluppo di collaborazioni interdipartimentali e integrazione fra i servizi

Alcune pratiche organizzative di servizio e dei professionisti descritte dagli intervistati mirano a favorire la continuità delle cure e il coordinamento fra servizi. Sono pratiche descritte come più frequenti nel centro stranieri (dove le utenti hanno minori livelli di health literacy e l'organizzazione dell'équipe permette un controllo maggiore alla continuità della presa in carico) e che coinvolgono il professionista direttamente nel "*remind*" dei controlli o nella prenotazione delle visite e degli esami nel secondo o terzo livello.

È una cosa che facciamo per tutti però stiamo particolarmente attenti alle donne straniere perché per loro è molto complesso prendere l'appuntamento, muoversi, andare, questa è un'attenzione che abbiamo di più. (I.6)

Per facilitare la continuità dell'assistenza esistono dei protocolli formalizzati di collegamento con alcuni servizi (con il punto nascita degli ospedali) che riguardano la segnalazione della necessità della mediazione per le pazienti o la segnalazione di casi di fragilità nel momento della prenotazione, non specifici per le donne di origine straniera, ma che più frequentemente interessano loro, mentre con altri servizi dell'azienda ci sono rapporti consolidati, ma non formalizzati che consentono per esempio la prenotazione della visita, in casi di particolare urgenza. Come specifici per l'utenza straniera si riconoscono i progetti Fami aziendali, valorizzati per la formalizzazione della rete e dei protocolli utili alla sostenibilità dell'integrazione fra i servizi. Una criticità rilevata alla collaborazione e alla continuità delle cure è la minor diffusione, soprattutto nei servizi specialistici, dell'uso della mediazione. Per questo sono indicate da un'intervistata come azioni di miglioramento l'introduzione di figure professionali che facilitino la "navigazione nei servizi".

Questa è una delle difficoltà, non so per esempio leggo certi referti, non so di specialisti di donne che mandiamo noi e ne leggo la difficoltà e il fatto che le persone per esempio non hanno capito nulla di quello che è successo, no... quindi soprattutto a livello di specialisti c'è proprio anche, oppure proprio nella medicina di base non è capillare (I.6)

5.4.2.3 Pratiche di partecipazione e collaborazioni interorganizzative nella comunità

Le pratiche di partecipazione hanno un ruolo riconosciuto nella progettazione e nello sviluppo di pratiche e di servizi, ma allo stesso tempo emergono alcune difficoltà nella messa in pratica e nella realizzazione di un servizio capace di stimolare e costruire partecipazione con la comunità e con le utenti.

Le pratiche partecipative sono state sviluppate nella prima fase di avvio dei servizi, realizzando *focus group* con le utenti, mentre più recentemente per comprendere i bisogni e progettare attività e modalità sensibili alla diversità culturale si fa riferimento alle mediatrici.

Con alcuni servizi c'è una buona collaborazione esterna che permette di migliorare la presa in carico, e si sta lavorando sulla multiproblematicità collaborando con i servizi sociali, con le associazioni di volontariato, i servizi territoriali od ospedalieri, anche implementando le politiche regionali. La collaborazione con i servizi sociali e il centro stranieri del comune è considerata strategica, in quanto quest'ultimo rappresenta un nodo di collegamento con le associazioni di persone straniere presenti nel territorio, in particolare con quelle gestite da persone di "seconda generazione" con le quali sono stati progettati interventi di educazione alla salute in luoghi esterni al servizio. Alcune relazioni con associazioni e gruppi di persone di origine straniera sono state costruite grazie ad un'attività di mappatura che ha permesso di mettere in comunicazione il servizio come le risorse della comunità. Gli interventi *outreach* sono considerati azioni facenti parte delle attività strutturali del servizio, anche in termini di risorse, tuttavia un'intervistata riconosce che la loro realizzazione non è attualmente frequente. Per favorire l'accesso il mediatore

è considerato un “agente di salute” informale, che lavora in continuità con la comunità per favorire l’accesso.

Interventi di educazione alla salute sui temi della sessualità e dalla maternità sono stati sviluppati per promuovere la salute delle persone rifugiate o richiedenti asilo, tramite i fondi FAMI.

L’educazione alla sessualità realizzata nelle scuole è stata modificata nel tempo attraverso un approccio multiculturale, cioè pensato in ottica di diversità di “tutti”, rispondendo alle difficoltà percepite per gli adolescenti cosiddetti di “seconda generazione”, con l’iniziale collaborazione di un’antropologa.

Per le pratiche outreach o di co-progettazione vengono riportare alcune criticità a più livelli: alcune barriere sono considerate la minor rappresentanza femminile nell’associazionismo straniero, la frammentazione e talvolta la conflittualità interne alle comunità, mentre per la possibilità di creare contesti di partecipazione, il crescente clima politico di ostilità nei confronti della popolazione straniera, a cui si aggiunge la percezione di una generale tendenza a concepire la partecipazione in una modalità “rivendicativa” e di pretesa individuale. In riferimento alle strutture organizzative, come i comitati di partecipazione, inoltre si descrive la carente rappresentatività.

È chiaro che non c’è più contesto sociale di quegli anni in cui cittadini erano in grado di fare proposte sull’organizzazione dei servizi ma dobbiamo ritrovare spazi in cui cittadini italiani e stranieri possano fare proposte sulla base di quello che ritengono importante per loro. Ricostruire il rapporto con l’utenza, alla pari, di gruppo, condiviso, perché adesso i singoli utenti pretendono molto dai servizi ma per sé, non è una richiesta condivisa (I.5)

5.4.3 Supporto organizzativo all’implementazione di pratiche di CC e di equità

Per implementare e rendere le pratiche sostenibili nel tempo le intervistate fanno riferimento alla necessità del coordinamento dell’équipe, alle pratiche utilizzate per diffondere la CC fra gli operatori e alle difficoltà incontrate e i facilitatori.

Per poter rendere il servizio capace di rispondere ai bisogni dell’utenza straniera, è stato ritenuto fondamentale costruire un approccio di équipe, attraverso pratiche condivise per facilitare i professionisti e diminuire il sovraccarico.

Sicuramente l’approccio d’équipe aiuta perché diluisce un po’ il carico e la responsabilità sui casi specifici, quindi lavorare in équipe, non lavorare da soli e avere dei protocolli, delle procedure che abbiamo condiviso insieme, questo è in assoluto una precondizione... (I.6)

Attraverso la condivisione delle scelte strategiche con l’équipe si è tentato di creare una cultura all’interno del servizio che permetta di mantenere modalità di lavoro e assistenziale anche a fronte dei cambiamenti organizzativi sentiti come un ostacolo alla sostenibilità delle pratiche CC. L’équipe è infatti, considerata in modo trasversale, un facilitatore all’implementazione /erogazione delle pratiche in un’ottica CC. Per facilitare la condivisione, una pratica descritta è quella di coinvolgere i referenti dei servizi esperti sul tema dell’immigrazione nei coordinamenti regionali. In quanto coordinatore si sente la necessità di mantenere un equilibrio fra le richieste

organizzative, quelle delle pazienti e dei professionisti, facendo leva sulle motivazioni e i valori professionali, sentiti come ancorati al tema dell'equità. Nonostante si percepisca fra gli operatori una diversa sensibilità, non sono avvertite forti resistenze nella condivisione delle strategie. Tuttavia, si riconosce la fatica degli operatori di fronte alla diversità portata dalle pazienti straniere, per i tempi più lunghi dovuti ai colloqui con la mediazione, il rischio di sovraccarico e la necessità di lavorare in rete. Un'intervistata parla infatti delle pratiche orientate all'equità in termini di flessibilità, intesa come capacità di rispondere ai bisogni dei pazienti, anteponendoli a quelli dell'organizzazione (fornire visite "fuori orario" o in "straordinario"). Per questo, come aree di miglioramento per il servizio sono citate la formazione e la messa a punto di sistemi di supporto che possono facilitare la presa in carico su casi sentiti dai professionisti come complessi.

Allora io penso si debba fare, si debba lavorare di più sulla formazione o comunque su qualcosa che supporti gli operatori, perché gli operatori stanno facendo molta fatica e purtroppo quando tu fai molta fatica a chi la attribuisce la fatica? All'utente, ma non magari all'utente laureata che ti capisce bene, ma all'utente che arriva in ritardo, che non ha gli esami, che non ha fatto quello che tu gli hai detto, che pensa che magari tu sei una molto attenta alla dieta e lei pensa che invece quello che le dici non fa parte della propria cultura e quindi, quindi questo sicuramente il sostegno degli operatori perché lavorare per l'equità è molto più faticoso e quindi una formazione quasi cioè anche una formazione, un'attenzione maggiore alla formazione in questo senso. (I.6)

L'integrazione con il top management sembra avere un ruolo importante nell'implementare e favorire la CC. Positivamente è visto il supporto dei superiori a livello di servizio per le competenze sul tema e le capacità di trovare le risorse a sostegno degli interventi. In modo positivo si riconosce il commitment dell'azienda verso i temi dell'equità in termini di politiche e scelte aziendali sviluppate nel tempo e di supporto alle scelte del servizio ("non sono mai stati messi in discussione") ricevuto, anche tramite le risorse messe a disposizione per l'utilizzo della mediazione. In relazione alle politiche aziendali si è realizzato l'*equity audit*, visto come il dispositivo aziendale che mette in collegamento le diverse strutture per l'analisi dei percorsi.

Io devo dire che non ho trovato dei grossi intoppi nell'organizzazione, è anche vero che comunque quello che stiamo facendo è risponde anche a delle regole che ci vengono date a delle leggi che ci sono, quindi penso che su questa cosa dell'equità almeno da un punto di vista teorico sicuramente ci sia comunque una certa omogeneità, cioè quello che viene detto, cioè .. La necessità, il fatto di offrire dei servizi che siano equi, che abbiano garantiscono gli accessi ecc.... è un obiettivo che io sento almeno nella teoria, che si sceglie come obiettivi ad un po' tutti i livelli, non sento discrepanze. (I.6)

Tuttavia, si riconoscono alcune carenze, collegate ai cambiamenti aziendali, con l'interruzione di una formazione aziendale sull'interculturalità durata per anni e il dispositivo di coordinamento sull'equità "tavolo dell'equità". Si accenna, inoltre, alla non attribuzione di personale aggiuntivo nonostante il sovraccarico per gli operatori dovuto al tempo per la mediazione. Un'intervistata sottolinea l'importanza di costruire maggior coordinamento aziendale sui temi dell'equità e della salute dei migranti attraverso una ridefinizione delle strutture aziendali dedicate all'equità, la costituzione di figure di riferimento aziendali e il coordinamento sul tema dell'immigrazione e della mediazione culturale, nonostante un freno a tali misure si legge nella resistenza al condividere azioni e responsabilità in base ad un "target".

Ridefinire e avere a livello di azienda un coordinamento come avevamo tempo fa, un tavolo dell'equità, che in alcuni momenti si orienta sul tema donne e uomini stranieri. Con azioni aziendali e quindi budget, piani di lavoro e d'azione, come questa tematica viene affrontata, e dare linee di indirizzo, perché poi il rapporto con la cooperativa di mediazione sarebbe meglio che non l'avessimo come singole persone. Era stato costruito un gruppo aziendale che aveva in ogni distretto un referente per i rapporti con la cooperativa di mediazione in modo da discutere insieme la formazione, come si organizzavano gli orari, per rendere più efficiente la presenza delle mediatrici nei vari territori. Questo non c'è più. (I.5)

5.4.4 Il sistema regionale e il contesto sociale e politico

Il contesto regionale è citato per descrivere e spiegare gli sforzi organizzativi. Il tema della salute dei migranti è sentito come una priorità politica che ha indirizzato le politiche regionali rendendo in modo diffuso i servizi sensibili alle pratiche CC. Si sottolinea come attualmente si ponga nelle politiche regionali (vedi piano socio-sanitario) meno enfasi sul target migranti e si lavori secondo un approccio orientato all'“equità”, che spinge a guardare alle diversità dell'utenza. Sono riconosciuti quali facilitatori la governance regionale sull'equità e la banca dati regionale per elaborare e monitorare le azioni, mentre per dare avvio e tutelare la sostenibilità degli interventi, i finanziamenti strutturali per le sedi dedicate del consultorio e dello spazio giovani. Un'area di miglioramento citata è quella del monitoraggio delle politiche regionali e in particolare del piano triennale sull'immigrazione, a favore di un'interpretazione condivisa dei dati con il personale di modo da ridurre il gap fra il sistema di programmazione e quello di implementazione. Per un'intervistata, il collegamento con il sistema regionale è sentito come importante, ma allo stesso tempo complicato, per la dimensione politica che attraversa la percezione della CC che ha portato, in termini di gestione dell'immagine esterna, a “non enfatizzare” o evitare di pubblicizzare le proprie azioni di CC, anche per ridurre l'accusa del favoritismo. Strategico per l'advocacy, quindi è considerato l'utilizzo dei dati, in particolare, nel momento attuale nel quale si avverte maggiore tensione nel trattare l'argomento immigrazione (“si ha paura a nominarli”).

Con la parte politica è più difficile perché in realtà devi capire come andare avanti con le cose senza metterli in difficoltà. Tante cose che abbiamo fatto non le abbiamo mai pubblicizzate o enfatizzate perché bisognava farlo ma non dirlo troppo perché l'idea poi era “fate tutto per le donne immigrate”Quello è importante perché ti dice dove lavorare, per convincere assessore e direttore generale a lavorare su quella popolazione perché è un dato che dice che devo migliorare qualità assistenza. È così che ormai si riesce, non pensando che in generale “poverini sono stranieri”. In quel modo ti ascoltano, perché hanno dei dati. (I.5)

Nel contesto più allargato si avverte come problematico, dopo anni di impegno su queste tematiche, un rallentamento “una stanchezza del sistema” e la necessità di una maggior diffusione e collaborazione; mentre per i servizi una strutturale scarsità di risorse e dipendenza dalle politiche nazionali.

5.5 Livello professionale

Sono riportati i risultati del focus-group con le operatrici: due ginecologhe e due ostetriche, due delle quali impegnate nel centro donna straniera.

5.5.1 Commitment organizzativo e principi a sostegno della CC e sensibilità alle differenze

5.5.1.1 Priorità attribuita alla CC, leadership, piano strategico

Il commitment dell'azienda per sviluppare pratiche di equità nei confronti dell'utenza straniera è sentito come molto presente, in sinergia con le politiche regionali e comunali. Si avverte un più recente cambiamento e una minor priorità rispetto al passato attribuita al tema dei migranti da parte dell'organizzazione, ma si riconosce il suo storico impegno sul tema, anche attraverso la formazione, che ha permesso di creare una cultura dell'accoglienza ("indottrinare") nell'azienda e nel servizio.

Si hanno fatto una formazione su tutto il personale, trasversale, su tutto per cui, questa attenzione che lei sente oggi che se ci fosse qualcuno potrebbero dire "questi qui li hanno indottrinati" è frutto di un lavoro sistematico. (I.8)

Qualcuno definisce il servizio come "*fiore all'occhiello*" per descrivere il livello di sensibilità e competenza sviluppato al tema della salute dei migranti, non altrettanto diffuso in altri servizi. Come esempio dell'attuale commitment dei responsabili e del servizio si cita la decisione dell'apertura di un nuovo servizio con mediazione fissa di lingua cinese.

5.5.1.2 Significati attribuiti alla CC: approccio alla diversità e approccio strategico e professionale

Diversità e problemi di salute dei migranti

La diversità è percepita come una condizione costitutiva del servizio legata all'alta prevalenza dell'utenza straniera in modo stabile da diversi anni. Sembra si voglia affermare una visione che slega il concetto di differenza da quello di vulnerabilità e dal rischio di disuguaglianze. Riconoscendo in modo contraddittorio le difficoltà che possono sorgere nell'incontro con persone di origine straniera, le partecipanti rimarcano la necessità di considerare le difficoltà incontrate anche con le pazienti italiane. La tipologia di servizio dedicato alla salute materno-infantile, la sua buona immagine esterna, il legame tra il servizio e le comunità straniere, permettono per alcune intervistate, di ridurre le barriere all'accesso ("*qui sono belle agganciate*").

Conoscono il nostro livello di attenzione alla salute...Però per quanto riguarda il nostro settore attualmente non c'è nessuna differenza sull'equità e sull'accessibilità e sia sulle conoscenze del servizio.. un'italiana forse sa meno della nostra organizzazione di quanto sanno gli immigrati nel nostro settore. (I.8)

Il problema dell'accesso è avvertito solo per alcuni gruppi, come le vittime della tratta e l'utenza di origine cinese per l'isolamento della comunità. Si mette in luce l'uso improprio, inteso come sovrautilizzo dei servizi e di ricorso al sostegno sociale da parte delle persone afferenti al servizio. Le disuguaglianze d'accesso riconosciute altrimenti sono spiegate in termini individuali *“qualcuna sprovveduta c'è”*.

Sono citati tuttavia alcuni problemi sanitari come per esempio la maggior prevalenza del diabete gestazionale o il numero dei tagli cesarei o l'ipermesi collegata alle particolarità del vissuto migratorio e delle relazioni familiari. Le dimensioni culturali e linguistiche e le diverse competenze di *health literacy* sono quelle che maggiormente attraversano i discorsi sulla diversità dell'utenza poiché sembrano influenzare le possibilità di accesso, le modalità di relazione con i professionisti (compliance, comunicazione della diagnosi e del trattamento) nonché la continuità delle cure. Si porta ad esempio la capacità di seguire i percorsi di cura, le prescrizioni e il “rischio di perdersi” fra un servizio e l'altro.

La fiducia e la mancanza di fiducia nei confronti del personale medico, raccontate talvolta secondo prospettive polarizzate “si fidano/ non si fidano”, sono chiamate in causa per descrivere la diversità nella relazione clinica, ma anche di relazione con i servizi, come la paura di essere discriminati. Un tema è la differenza di potere nella relazione clinica e quindi una certa “passività” mostrata nei confronti dell'operatore negli scambi comunicativi. Se da una parte ciò pone il problema di una maggior reticenza nella comunicazione, avvertito maggiormente nei servizi meno frequentati dalle donne, dall'altra la fiducia mostrata è vista come una condizione che il professionista può sfruttare in favore della *compliance*.

La diversità culturale, citata in riferimento alle modalità comunicative e di uso dei servizi, è una difficoltà, non solo perché pone di fronte a modi non abituali, a rappresentazioni differenti e non scontate, ma anche perché mette in crisi i modelli di riferimento valoriali ponendo l'operatore alla ricerca di un posizionamento fra visioni etnocentriche e di “relativismo culturale”, fra il riconoscimento della dialettica tra identità collettiva e individuale.

Perché è difficile perché con lo straniero è più difficile. Io vado a giudicare la situazione di una donna magrebina o di una donna ghanese cioè a me è capitata una situazione di violenza su una donna del centro stranieri che era molto ambigua.. che si lui mi picchia andava a dirlo, poi però non voleva fare niente. Un impegno di tempi e di modi che poi alla fine non capisci neanche... anche io personalmente faccio molta fatica nella realtà culturale fino a dove mi posso spingere fino a dove sia giusto e non giusto, giusto nel senso che la violenza non è giustificata... ma mentre sulla realtà dell'italiana laureata posso, ho dei criteri miei personali però comunque condiviso dalla comunità. La comunità ghanese io che cosa le dico ? (I.11)

C'è chi sottolinea la rilevanza del problema linguistico anche in termini di rischio clinico, facendo emergere la preoccupazione e il carico emotivo dell'operatore, in situazione in cui non è chiara la comunicazione.

I.10: Noi siamo in difficoltà perché fai fatica come operatore a prenderla più tranquillamente..

I.11: C'è anche l'ansia dell'operatorec'è il rischio clinico!

Approccio strategico e alla pratica clinica

Secondo le intervistate le proprie pratiche professionali rivolte all'utenza straniera e la garanzia di un trattamento equo nei confronti della pazienti si fondano sui valori professionali della "non discriminazione" e della salute pubblica che nel primo caso richiedono di trattare tutti i pazienti allo stesso modo al di là della appartenenze e delle idee politiche dello stesso professionista, nel secondo caso, di orientare l'azione professionale e medica per il raggiungimento del benessere collettivo, in un'ottica di vantaggio e interesse collettivo. Le pratiche che sono messe in atto per rispondere a bisogni specifici sono percepite come un di più.

Per prima cosa viene anche dalla tua professionalità, noi facciamo dei lavori che non è che possiamo discriminare. "Non ti visito perché sei moldava, visito te che sei cinese perché sei più simpatica". Per noi sono tutti uguali, da un punto di vista sanitario, per noi sono tutti uguali, non facciamo discriminazione nel momento in cui facciamo la prestazione (I.9)

Le intervistate condividono in parte l'approccio del servizio e gli interventi specifici per l'utenza di origine straniera, portando il tema del favoritismo delle pratiche CC verso l'utenza straniera. Se da un lato si riconosce il merito alle politiche organizzative di aver favorito la convivenza sociale tutelando la salute pubblica, dall'altro queste sono criticate per l'eccessivo focus sui migranti a svantaggio del resto della popolazione. Delle scelte organizzative, si critica in particolare di non aver tutelato il "pari accesso" per le donne italiane in genere e in condizioni di vulnerabilità mostrando preoccupazione per la reputazione negativa esistente in una parte dell'utenza.

I.8: Io ho delle pazienti che non vengono in consultorio perché non accettano... allora io facevo della libera professione prima, fuori, e delle volte quando proponevo di venire qua, ma negli anni 2000/2005 non venivano in sala d'attesa dicevano "io dottoressa non vengo mica in consultorio"

I.11: sì con tutte quelle straniere

I.10:....delle volte bisogna aprire le finestre.

Emerge, insieme ad un atteggiamento volto ad adeguare e rivedere le proprie pratiche professionali per rispondere ai diversi bisogni di salute, un approccio più direttivo e l'idea dell'adeguamento dell'utenza.

Esse sembrano interessare gli aspetti comunicativi, la cosiddetta barriera linguistico-culturale e l'uso dei servizi. Alcune pratiche professionali sembrano fondarsi su un atteggiamento di dubbio e di rispetto delle abitudini culturali, per esempio, cercando di "non stravolgere" le pratiche dell'utenza e tenendo conto dei bisogni legati alle precarie condizioni di vita e alle limitate risorse materiali nelle prescrizioni mediche. L'esempio riportato è quello della dieta. Nei confronti della diversità culturale, sottolineano la necessità di mantenere un atteggiamento di rispetto della diversità e allo stesso tempo la necessità di mantenere i propri valori di riferimento. Si enfatizza inoltre, l'impossibilità di "conoscere tutte le culture" con cui si interagisce nel setting clinico.

Fra le pratiche descritte alcune rispondono maggiormente ad un approccio direttivo, definito anche paternalistico, e in parte problematizzato dalle stesse intervistate. Nello scambio comunicativo alcune riportano il bisogno di "drammatizzare" il messaggio, cioè di mettere in

risalto gli aspetti e le conseguenze negative delle condizioni mediche per favorire la *compliance*. Tale modalità è riconosciuta come critica, ma giustificata, alla luce della percezione di una diversa rilevanza accordata ai problemi di salute e al rischio della non-aderenza.

Un'intervistata racconta di aver adottato in passato uno stile direttivo nel tentativo di ottenere un adeguamento alle norme che riguardano l'igiene personale e la cura dei documenti medici per ristabilire un senso di "rispetto" al setting e facilitare la pratica professionale.

5.5.2 Le pratiche nell'erogazione dei servizi e nella promozione della salute

5.5.2.1 Le pratiche di sviluppo dei processi e strutture "interne"

Il servizio dedicato

Il servizio dedicato, su cui si focalizzano molti discorsi, è percepito come un "servizio speciale" utilizzato dalle pazienti come punto di riferimento per l'accesso a tutti i servizi e che permette un *modus operandi* differente. Nella discussione sono sottolineati sia gli aspetti positivi che negativi di tale organizzazione. In particolare, la presenza della mediazione fissa e la formazione dell'équipe sono riconosciute come un valore aggiunto. Un elemento di facilitazione alla presa in carico è infatti rappresentato dalla presenza delle ostetriche e delle ginecologhe in turno per la possibilità di un confronto immediato.

Però la cosa buona dello spazio stranieri penso e anche le ostetriche è che tu vedi una persona la visiti e fai quello che devi fare, se hai un dubbio c'è il confronto immediato, diretto, non è che devo alzare la cornetta oppure segnarlo oppure andare a vedere. Busso e dico che ho questa cosa che devo fare. E quindi per questa cosa, essendo anche situazioni più complesse però ti supporta maggiormente. (I.9)

Dell'accesso libero sono sottolineati maggiormente gli aspetti negativi, in termini di sovraccarico: la sala d'aspetto è più difficile da gestire e caotica ("è un delirio"; "i bambini che urlano"; "un porcaio"), e il numero di accessi è spesso elevato. Il progetto dedicato alla lettura nella sala d'attesa è visto positivamente in quanto permetterebbe di portare "l'ordine" nell'ambiente. Si lamenta l'uso improprio dell'accesso libero per poter approfittare delle riduzioni dei tempi d'attesa, da parte di chi secondo alcune partecipanti non ne avrebbe diritto.

La mediazione culturale e la riduzione delle barriere comunicative e culturali

Sviluppare pratiche nei confronti dell'utenza immigrata in primo luogo significa per gli operatori modificare le pratiche comunicative, attraverso il cambiamento dello stile comunicativo e attraverso il ricorso alla mediazione culturale. Secondo le partecipanti, il cambiamento consiste nel semplificare il messaggio, ribadire ed enfatizzare le informazioni rilevanti affinché ci sia maggiore comprensione e, quindi, la possibilità di seguire le prescrizioni mediche. La mediazione fissa è descritta come fondamentale e si riconosce l'importanza di poter far affidamento ad una figura professionale che conosca il servizio, ne condivida le sue pratiche e sia in contatto con le comunità di appartenenza, nonostante questo possa sollevare dei problemi di privacy e il rischio

che alcune pazienti e le loro famiglie preferiscano non farne ricorso. Quando la mediazione è a chiamata e non subito disponibile risulta, inoltre, più complessa l'accoglienza delle pazienti portando le operatrici ad "arrangiarsi".

La mediatrice integrata. Guarda quando noi non abbiamo le mediatrici solite, che magari vanno in vacanza così...è veramente un macello (I.10, in coro).

Cioè normalmente devi chiamarle, non ce le hai sempre lì. Sicuramente se ti viene una che non parla... provi a chiamarla se non è lì sennò fai un po' come viene, sai avere subito lì la mediazione questo ti aiuta. (I.9)

Inoltre, gli operatori vedono le mediatrici come una fonte di informazioni utili per capire meglio le condizioni di vita delle pazienti e per la presa in carico nell'ambito sociale. Utilizzare la mediazione, sembra vantaggioso per alcuni, soprattutto per "sfruttare" la fiducia e la credibilità che si percepisce nella figura dei mediatori culturali in quanto appartenenti alla stessa comunità dei pazienti.

Quindi, nel senso la mia strategia per ottimizzare, la cosa migliore sarebbe avere la mediatrice con me una persona che mi traduce tutto. Non per l'inglese, perché l'inglese lo so anche io è che di loro si fidano. (I.11)

5.5.2.2 Le pratiche di sviluppo di collaborazioni interdipartimentali e integrazione fra i servizi

Si citano le valutazioni multidisciplinari, attraverso le quali si attivano percorsi collaborativi su casi fra servizi come la psichiatria, i servizi sociali, pediatria, come esempi di buon coordinamento fra i servizi e non si ritiene, quindi, necessario prevedere dei percorsi ad-hoc per le utenti straniere. Tuttavia, l'integrazione e la continuità delle cure appaiono, per alcune, ostacolate dal minor uso della mediazione e dalla minor diffusione di un "trattamento attento" in tutta l'azienda, portando le pazienti a tornare al servizio per avere chiarimenti sulle prescrizioni mediche. Alcune pratiche professionali sembrano, quindi, finalizzate a migliorare la continuità delle cure, i percorsi e l'utilizzo dei servizi, rispondendo ai diversi livelli di *health literacy* delle pazienti. Alcune intervistate raccontano di chiamare loro stesse per prenotare esami o visite, oppure di mettere per iscritto le informazioni degli appuntamenti. Inoltre, diviene strategico il ricorso alla figura del mediatore, per fornire un accompagnamento ai servizi. Queste pratiche sono descritte come un "di più", un impegno o uno sforzo aggiuntivo per garantire equità che con le donne italiane non sono implementate.

Magari ci impegniamo di più, dal momento che tu sai che questa persona qua io telefono al centro antidiabetico. Chiamo perché la signora non ci va una volta, non ci va due volte. Cioè ha delle glicemie della Madonna, io rischio che il bambino muoia io chiamo il centro antidiabetici e dico me la vedi adesso?... ma con le donne italiane me lo sogno (I.11)

5.5.2.2 Le pratiche di partecipazione e collaborazioni interorganizzative nella comunità

L'esperienza di pratiche partecipative è considerata limitata e vengono citate alcune esperienze passate di coinvolgimento dell'utenza tramite interviste e focus group per progettare il percorso di accompagnamento alla nascita, di cui a lungo termine, però, non sembrano emersi benefici. Il tema della partecipazione viene associato, inoltre, a quello del "reclamo" e le intervistate riconoscono come ci sia stato fino a poco tempo fa un minor ricorso a tale strumento da parte delle persone straniere. Quindi, un'intervistata pensa che sia difficile coinvolgere direttamente gli utenti stranieri, percepiti come non interessati o pronti ad esprimersi sui servizi, mentre trova più appropriato il coinvolgimento dei mediatori. Inoltre, si sottolinea la necessità di sviluppare pratiche partecipative per tutti gli utenti, anche italiani, e di non coinvolgere esclusivamente gli utenti stranieri.

5.5.3 Supporto organizzativo all'implementazione di pratiche di CC e di equità

Fra le condizioni che permettono lo sviluppo di pratiche di competenza culturale nell'organizzazione sono citate la motivazione e il ruolo dei dirigenti aziendali.

Il ruolo del gruppo è considerato fondamentale per facilitare le pratiche professionali, grazie alla sintonia sui valori professionali, il confronto sulla presa in carico e il supporto emotivo.

I.9: secondo me noi la forza che noi abbiamo avuto in questi anni, parlo per me, è stata nel fatto di avere un gruppo con la quale confrontarsi

I.8: non lavori sola, non lavoro sola. Anch'io mi confronto molto.

I.9: appunto magari parli ti sfoghi e quindi questo aiuta ci fai due risate sopra insomma

Sono valorizzati anche fattori di contesto come le condizioni di efficienza organizzativa e un'organizzazione generale dei servizi percepita come efficiente.

Non è percepita la presenza di una strategia condivisa del servizio e gli operatori sentono di aver dovuto fare "a modo proprio" per "fronteggiare la situazione". Diverse sono le aree su cui si esprime bisogno di maggior supporto in termini di competenze e strumenti professionali. Qualcuno esprime il bisogno di un supporto psicologico che alleggerisca il carico emotivo del lavoro, o il bisogno di supporto "interculturale" nella gestione dei casi complessi legati alla violenza sulle donne, sia in termini emotivi che di comprensione e gestione delle dinamiche interpersonali in un contesto culturale sentito diverso dal proprio. In relazione alle criticità del sovraccarico si esprime il bisogno di maggior personale, di una regolazione degli afflussi e di supporto per l'uso della sala d'aspetto nel servizio ad accesso diretto, ma anche di un rinnovo degli strumenti di dotazione.

Quindi, vorremmo essere supportate maggiormente dall'azienda nel poter applicare queste regole che noi applichiamo anche agli altri ma non per cattiveria cioè piano piano ovvio che non è... Io faccio entrare tutti in ambulatorio quindi figurati...però poi quando mi stacca la spina il bambino un po' mi rompo... abbiamo anche un'opportunità educativa (I.11)

Sembra utile per migliorare la qualità del lavoro aumentare le ore di disponibilità della mediazione e un maggior investimento per l'insegnamento della lingua italiana, affinché non sia necessario rivolgersi alla mediazione anche per le donne che vivono in Italia da più tempo. Non si avvertono particolari barriere all'implementazione di pratiche CC, ma sembra essere un freno e una svalutazione della propria pratica professionale, la percezione di favoritismo nell'accesso alle prestazioni gratuite da parte delle persone straniere. Per questo si richiede un “*un maggior rigore aziendale per i ticket*” e indicazioni più chiare da parte dell'azienda.

5.5.4 Il sistema regionale e il contesto sociale e politico

Le intervistate riconoscono un forte ruolo alla Regione nell'implementazione di strategie a tutela della salute della popolazione straniera, soprattutto per il settore materno-infantile e nelle pratiche di servizio, espresso a partire dai primi anni 90 quando è cresciuto il fenomeno migratorio. In particolare, si cita la scelta della Regione di istituire gli spazi nei consultori per le donne straniere e le formazioni istituite per i professionisti a supporto di tale scelta. L'impegno della Regione è sentito ancora come molto presente, per esempio, attraverso i finanziamenti al contrasto della violenza di genere e del disagio psichico. Tuttavia, emerge la percezione di una distanza fra il livello decisionale regionale e l'esperienza dei professionisti nei servizi.

Ma come dicevo... dovrebbero prendere al Ministero della gente veramente che dice che sul problema immigrazione posto che le frontiere non si possono chiudere, perché i popoli si muovono da sempre... Posto questo che è un assioma dell'esistenza umana, secondo me, bisogna che chi è sul campo e chi ha esperienza parli e consigli chi prende delle decisioni questo sì... Come se la gerarchia dall'alto che riversa denaro, risorse e cose poi anche alla fine riascolti delle rappresentanze per migliorare (I.8)

5.6 Discussione

L'analisi dei dati di questo caso permette di chiarire pratiche organizzative, significati e logiche ad essi associati nello sviluppo della competenza culturale secondo un approccio dichiarato di “sensibilità alle differenze”, e in particolare sembra offrire un contributo per approfondire i processi di integrazione e di relazione fra i vari subsistemi alla base dello sviluppo della competenza culturale nell'organizzazione. Come già messo in luce da alcuni autori (Aries, 2004; Adamson *et al.*, 2011; Whaley & Longoria, 2008) la CC nell'organizzazione è un processo dinamico e conflittuale, non monolitico, per cui si pone come centrale il tema dell'integrazione. Barriere e facilitatori alla CC si evidenziano nell'integrazione fra i livelli micro-meso-macro. Si sono mostrati gli sforzi dell'organizzazione verso modelli CC e di equità rivelando l'alto investimento ed expertise, in termini di pratiche gestionali e di erogazione dei servizi, ma allo stesso tempo alcune difficoltà e carenze nell'implementazione e nell'integrazione fra i livelli. Emergono zone di conflitto culturale, soprattutto a livello operativo collegate con forza al problema del sovraccarico, vissuto come tale da operatori e dal middle management nella gestione del servizio. L'investimento su pratiche condivise e sul gruppo di lavoro sembra costituirsi come

facilitatore nell'erogazione dei servizi, mentre il supporto organizzativo e proveniente dal sistema regionale influisce sulle pratiche di commitment a diversi livelli. La dimensione politica collegata all'investimento in pratiche CC, in particolare il tema del favoritismo, sembra attraversare tutti i livelli, agendo sull'immagine interna ed esterna, ovvero nella relazione con l'utenza e con gli operatori, rendendo saliente il tema della "specificità delle pratiche" (azione dedicata esclusivamente all'utenza straniera) e determinando pratiche nell'erogazione e gli approcci alla CC.

Saranno di seguito discussi i temi emersi dall'analisi confrontando le prospettive per evidenziare punti di forza, sinergie e incongruenze che agiscono sull'implementazione della CC.

Sviluppare commitment organizzativo: i processi, le strategie manageriali per servizi CC partecipativi

L'investimento formale sui temi della CC e dell'equità dell'azienda è percepito in tutti i livelli dando l'idea di un processo evolutivo con momenti e punti di svolta che hanno interessato le pratiche organizzative sul tema a partire dai primi interventi degli anni Novanta. Infatti, l'investimento sul tema dell'Equità e delle differenze è altamente formalizzato attraverso strutture, strategie di pianificazione e attraverso un approccio esplicito, basato sulla letteratura, e condiviso, come evidente inoltre nei documenti delle mission e vision aziendale. Attualmente, l'azienda sembra in una fase di passaggio che ha l'obiettivo di dare solidità scientifico-teorica all'approccio all'equità, e il "superamento dell'approccio per target", in sintonia con quanto affermato da Aries (2004), che pone la chiarezza della definizione della CC nell'organizzazione come un passo fondamentale per la sua gestione organizzativa e implementazione.

In particolare, sono descritti i processi di istituzionalizzazione di nuovi valori, pratiche legate all'equità e alla CC e pratiche e strutture organizzative (cambiamento di alcuni elementi dell'approccio e delle rappresentazioni sulla diversità, l'uso di strumenti di equity assessment come cultura organizzativa, il passaggio dal tavolo dell'Equità alla centralizzazione in una struttura in direzione sanitaria).

Insieme all'alto investimento formale, i dati raccolti mostrano che, al livello del servizio, è diffusa la percezione di una buona competenza ed esperienza per le attività di promozione della salute per le persone di origine straniera. Tuttavia, si sono evidenziate differenze fra i livelli, con percezioni che sostengono il bisogno di un continuo investimento sui temi specifici della CC e percezione critiche collegate al tema del favoritismo. Contemporaneamente all'immagine di servizio competente, si contrappone la percezione di diffusione non omogenea della CC nell'organizzazione che appare condiviso a tutti i livelli.

Quanto alle strategie manageriali a sostegno della CC e dell'equità e della partecipazione, i risultati mostrano l'ancoraggio all'analisi dei dati epidemiologici e di uso dei servizi come fondamento delle azioni CC e di un servizio orientato alla riduzione delle disuguaglianze (attraverso gli strumenti di *Equity Audit*) e un'integrazione nei sistemi di valutazione. Inoltre, fra le strategie per garantire equità e CC, ci sono processi, descritti come stabili nel servizio, che riguardano il confronto con gli operatori (tramite le riunioni) e la consulenza delle mediatrici e di esperti in un'ottica multidisciplinare (antropologi e sociologi).

L'analisi delle interviste e dei documenti rivela lo sforzo organizzativo volto a favorire la partecipazione quale asse per l'equità, secondo due strategie principali che sono il coinvolgimento dell'utenza, e l'integrazione socio-sanitaria, tutelate, la prima, con strutture specifiche e personale

dedicato con funzioni di ricerca sociale, la seconda con la programmazione discendente della politiche regionali (piani di zona).

Tuttavia, è emerso come un focus specifico sulla popolazione di origine migrante non sia strutturale e si mostra la necessità e la consapevolezza di un maggior sforzo nel garantire rappresentatività dei gruppi minoritari nei dispositivi organizzativi di partecipazione, per superare pratiche di “tokenismo” come espresso con più forza nel middle management.

Il tema della partecipazione richiama inoltre diversi significati: concezioni più utilitaristiche espresse anche nei documenti di programmazione e concezioni più legate ai concetti dell’empowerment (De Freitas, 2011). La promozione dell’accesso per i livelli manageriali, passa per la logica *outreach* che vede l’organizzazione muoversi verso l’esterno, verso gruppi visti più difficili da raggiungere “*hard-to-reach*”, ma a livello del servizio appare più criticato il concetto di comunità “omoculturale”, che vede le donne più lontane dai luoghi di rappresentanza e richiede di investire nella relazione fra servizio e utenza, intesa come strumento di ascolto dei bisogni in una logica dal basso (Chiarenza *et al.*, 2014). Per il middle management la partecipazione che appare pensata sia a livello individuale attraverso il coinvolgimento degli utenti del servizio, che di gruppi attraverso i rappresentanti delle comunità di origine e i mediatori culturali, non è vista solo come processo per comprendere i bisogni di salute, ma anche quale strumento di convivenza sociale attraverso interventi sui determinanti sociali favorendo lo sviluppo di comunità solidali, e attraverso la partecipazione di tutta l’utenza alle scelte strategiche del servizio per ridurre la percezione del favoritismo per alcuni gruppi .

Orientare i servizi alla diversità: i significati attribuiti dal livello manageriale, dal middle management e operativo

Il confronto sui discorsi su come l’organizzazione può garantire equità per le persone di origine straniera evidenzia concezioni differenti e talvolta conflittuali che parlano della storia dell’organizzazione e del suo impegno sul tema configurando la CC come una convivenza di “approcci”. Per esempio, a fianco un approccio definito dell’“Equità”, rimane il riferimento ad interventi definiti “multiculturali”, che quindi enfatizzano la dimensione culturale.

I dati raccolti a livello del top management mostrano il riferimento ad un approccio sistemico che vede la CC come una qualità del sistema organizzativo e un processo continuo (modello diffuso) che incrocia pratiche gestionali collegate all’equity assessment, con l’asse della mediazione e della formazione “multiculturale” e “alle differenze” a livello operativo.

Per la presenza da anni di gruppi di differenti nazionalità, la diversità è dimensione costitutiva delle pratiche organizzative, ma l’articolazione in sottogruppi e vulnerabilità specifiche sono raccontate diversamente fra gli intervistati. Chi ha un ruolo manageriale ha una visione più eterogenea dell’utenza e sembra riferirsi più spesso ad un’idea di “diversità nella diversità” e in mutamento per i nuovi flussi migratori.

Nel servizio è espressa con più forza la difficoltà e la complessità del confronto con la diversità, per i diversi bisogni “socio-culturali”. Le operatrici sembrano riferirsi ad un gruppo più omogeneo e contrapposto all’utenza italiana, e sono riconosciute in modo contraddittorio condizioni di differenza. In particolare, i dati sembrano mostrare che le operatrici si focalizzano maggiormente sui problemi della relazione clinica e dell’uso dei servizi - fiducia, aderenza, navigazione dei servizi- portando con più forza il carico emotivo delle difficoltà, spesso collegate alla barriera culturale, che incontrano per la responsabilità diretta sulla salute delle pazienti.

Mentre nel middle management, la dimensione culturale è descritta come una dimensione relativa e si riconoscono le pratiche mediche come un costrutto culturale, a livello operativo, la differenza culturale è talvolta sentita in termini assoluti con la relativa difficoltà di un posizionamento etico verso il riconoscimento dei diritti individuali in opposizione alle norme culturali e ai “cultural mistakes” (Suphanchaimat *et al.*, 2015). Nel middle management le differenze sono piuttosto lette secondo un approccio intersezionale dove l’interesse è comprendere e agire sull’intersezione delle forme di svantaggio, con un obiettivo “emancipatorio”.

All’interno di una cornice comune a livello manageriale verso un approccio di “sensibilità alle differenze”, secondo il quale obiettivo dell’organizzazione è garantire equità a tutte le differenze, riconoscendo il ruolo dei possibili meccanismi discriminativi dell’organizzazione, a beneficio della qualità per tutti, ci sono posizionamenti differenti che mettono in luce la complessità che il tema dell’equità e della CC nei servizi sanitari solleva, in termini *etici, politici e di immagine*. Si richiamano le contraddizioni e i dilemmi sulla dialettica fra universalismo e particolarismo, il principio di standardizzazione e la distribuzione sociale delle risorse (favoritismo). Infatti, c’è una consapevolezza condivisa delle implicazioni politiche delle pratiche CC evidenti nel timore di “targettizzare/ghettizzare” l’utenza e nell’idea di abbracciare l’approccio sotto l’etichetta dell’equità perché strategico in termini di immagine.

Un punto critico fra i diversi livelli appare nella tensione a favore di azioni trasversali o specifiche e nella possibilità di immaginare un bilanciamento fra azioni target e trasversali.

A livello di top management sembra enfatizzata, da alcuni, una concezione di “equità orizzontale” (evidente anche nei documenti aziendali), per cui l’equità è definita come “uguale risposta a uguali bisogni”. Si cerca di ridurre l’enfasi sul target e “ridurre al minimo interventi specifici” per non rendere invisibili alcune categorie rispetto ad altre, distribuire le risorse in modo egualitario nella comunità ed evitare effetti discriminatori. La concezione portata dal middle management sembra fondarsi sull’idea di “equità verticale” che richiede “diverse risposte per diversi bisogni”. Si avverte cioè il rischio che l’approccio “a tutte le vulnerabilità” si traduca in universalismo e si afferma la necessità di un’attenzione alle categorie sociali guardando *contemporaneamente* ai bisogni individuali, culturali e sociali, legati all’origine e alla condizione sociale di migrante. Fra i professionisti, invece, l’equità pare intesa in modo esplicito secondo i principi dell’universalismo, che si traducono nel principio di “non-discriminazione” e del trattamento uguale per tutti i pazienti, che sembra portare alla percezione delle pratiche CC da loro messe in atto come “un di più” e come criticabili di favoritismo; piuttosto il valore della salute pubblica sostiene l’investimento in pratiche specifiche per target.

Inoltre, per il top management emerge un’ulteriore contraddizione che richiama la competizione fra i *valori organizzativi dell’integrazione* da una parte e della *specializzazione* dall’altra, nell’obiettivo di garantire accesso immediato e alta qualità per stranieri con bisogni di salute complessi e avere allo stesso tempo una competenza CC *diffusa* nell’organizzazione, evitando lo sviluppo di controculture “protettive” e favorendo la continuità dell’assistenza.

Infine, i dati relativi all’approccio clinico rilevano differenze tra quello descritto dal management e quello che orienta le pratiche dei professionisti. La CC a livello clinico riguarda lo sviluppo di competenze riflessive e sensibilità alle differenze basandosi su una visione di cultura come dinamica o *process-oriented* (Carpenter-Song, 2007), secondo un approccio centrato sulla persona che mira all’individualizzazione dell’assistenza (Aggarwal *et al.*, 2016). In particolare, nel middle management si valorizza il principio della partecipazione del paziente in sintonia con la letteratura CC (Saha *et al.*, 2008), e il riconoscimento della dialettica tra identità collettiva e

identità individuale che orienta le pratiche all'ascolto dei bisogni di autonomia e di autodeterminazione del paziente. Come evidenziato da Chiarenza (2012) un rischio delle pratiche CC potrebbe essere quello di favorire da parte del personale sanitario l'adesione a "norme culturali" non riconosciute dell'individuo a scapito dei diritti individuali.

Fra le professioniste l'approccio alla pratica clinica riprende il valore del rispetto e conoscenza della diversità culturale, ma la dimensione partecipativa attraverso le parole delle operatrici essa assume un carattere più complesso, come un problema non totalmente risolto. Come rilevato già da Mollah e colleghi (2018), è emerso il bisogno di esercitare uno stile più direttivo da parte dei professionisti in nome delle minori competenze, ma anche della maggior dipendenza e del rischio della non-aderenza percepiti. Se parte della letteratura mostra come lo stile partecipativo possa essere differente in funzione delle caratteristiche dell'utenza, quali l'*health literacy* (Ishikawa & Yano, 2008), altra parte ha messo in rilievo i rischi di uno stile comunicativo "direttivo" per la qualità dell'assistenza e l'equità, quali l'"infantilizzazione" dell'utente e le ricadute in termini di benessere, come riconosciuto dagli stessi partecipanti (Fatigante *et al.*, 2009).

La traduzione della CC e dell'equità nelle pratiche: supporto, barriere e facilitatori organizzativi e del contesto

Sviluppare CC nei servizi: le pratiche

I dati mostrano che garantire CC ha visto lo sforzo di intervento su diversi aspetti dell'accesso (Levesque *et al.*, 2013), per ridurre le barriere legate alle differenze linguistiche, socio-culturali, di *health literacy* e le barriere economiche. In tutti e tre i livelli accanto alle azioni specifiche sviluppate per i "migranti", in alcuni casi per comunità di provenienza (sembra in relazione alla necessità di garantire la mediazione culturale) si è presentata la necessità di azioni più trasversali (es. peer education "multiculturale"). In linea con quanto osservato nel par. precedente, ossia che la popolazione migrante sia percepita differenziata al suo interno per tipo di vulnerabilità e problematica presentata, le strategie a livello aziendale sono differenziate per i diversi sottogruppi.

Mentre il top management ha sviluppato pratiche in modo prevalente per favorire l'accessibilità ai servizi e alle informazioni sanitarie, l'appropriatezza dei servizi erogati, e l'accesso economico, nel servizio si è messo in rilievo, in aggiunta, la traduzione in pratiche a favore della continuità delle cure e della raggiungibilità dei servizi. Per il middle management la CC non ha solo un obiettivo di intervenire sulle barriere all'accesso e alla qualità e di accrescere le competenze dei servizi, ma, in un'ottica emancipatoria, anche le competenze dell'utenza come testimoniato dal focus sulla promozione dell'apprendimento della lingua italiana.

In modo trasversale appare attribuita centralità alle pratiche "tradizionali" di sviluppo interno (mediazione, formazione, accesso diretto), ma emergono anche alcune differenze: il top management sembra aver sviluppato in modo minoritario pratiche di collaborazione intra-organizzativa e di coordinamento (specifiche per utenza RTP), più enfatizzate, invece, a livello di servizio, proprio sul tema della continuità delle cure.

I partecipanti del consultorio hanno valorizzato in modo importante la continuità dell'assistenza per tutelare la "navigazione nei servizi" per l'utenza con maggiori barriere d'accesso attraverso pratiche professionali (remind) e di collaborazione intradipartimentali più o

meno formalizzate per facilitare l'integrazione socio-sanitaria, importante per la presa in carico di bisogni complessi. A fronte delle difficoltà incontrate collegate anche ad una minor diffusione dell'uso della mediazione, è emersa la necessità di un maggior investimento sull'insegnamento della lingua e sull'*health literacy*, intesa come abilità di utilizzo dei servizi, con la proposta di introdurre degli "*health navigator*" (che tuttavia già appaiono formalizzati nei documenti aziendali con la descrizione del mediatore culturale quale agente di salute e con funzioni di segretariato sociale).

Per quanto riguarda le pratiche a favore dello sviluppo interno, si possono notare divergenze sulle pratiche formative, che in modo tradizionale hanno un focus sui professionisti (Chiarenza *et al.*, 2018), e aree di miglioramento, come la necessità di un maggiore investimento a supporto degli operatori. Mentre i livelli manageriali hanno posto enfasi sulla "formazione continua" (con una "specializzazione" delle pratiche formative su nuove aree-problema) quest'aspetto è stato meno riconosciuto dalle operatrici, anzi è emerso il tema dell'indottrinamento.

La traduzione della CC in pratiche riguarda, inoltre, in modo trasversale la mediazione culturale a cui è attribuito un ruolo chiave sia per i processi clinici, quale supporto all'operatore per ridurre la barriera linguistica-culturale, soprattutto nella modalità fissa, che per favorire l'accesso e la progettazione dei servizi. I dati mostrano inoltre la complessità della sua gestione strategica. Da parte del Management si è mostrato un investimento sulla gestione della figura del mediatore attraverso un'attenzione alla sua formazione e azioni di monitoraggio aziendale, emerse dall'analisi dei documenti, ma da parte dei partecipanti del servizio, si evidenzia la necessità di un maggior sforzo per un suo uso diffuso, soprattutto nella modalità a chiamata. Solo il middle management sottolinea l'importanza di sostenere la partecipazione del paziente, evitando la "delega" al mediatore e come responsabile è stata sottolineata la funzione di promozione fra gli operatori dell'uso della mediazione e di "posizionamento" strategico nei servizi per favorire l'accesso (conoscendo il rapporto fra mediatore e utenza e comunità di riferimento).

Se si guarda alle pratiche del servizio, la traduzione della CC e il perseguimento della riduzione delle disuguaglianze nella gestione del servizio, come espresso dal middle management, richiede, infine, una revisione della *nozione di tempo* (Browne *et al.*, 2016) e *degli spazi* verso i bisogni delle pazienti con maggiori barriere d'accesso per favorire la "raggiungibilità" e l'appropriatezza. Si veda la presenza dell'accesso diretto e la modifica dei corsi preparto in gruppo, verso modalità più individualizzate, meno strutturate e più flessibile o il ripensamento della sala d'aspetto del servizio dedicato quale luogo più "informale" che permette alle pazienti di essere accompagnate dai famigliari e spazio utile per l'educazione alla salute. Tuttavia, i dati raccolti hanno messo in mostra la percezione di esiti positivi per l'utenza (fidelizzazione) ma anche la contraddizione che si crea tra l'obiettivo di sviluppare un ambiente percepito come sicuro per le pazienti e la necessità di pensare il servizio come momentaneo in un'ottica di integrazione sociale, nonché i problemi in termini di sovraccarico e di immagine interna ed esterna.

Le pratiche partecipative e le barriere e i facilitatori

Le pratiche partecipative sono state valorizzate dai livelli manageriali e in modo minore dal livello operativo e appaiono come un'area su cui investire maggiormente risultando come "meno sistematiche".

I dati sembrano mostrare a livello aziendale un progressivo sviluppo verso l'esterno e la comunità: le pratiche partecipative sono descritte come un processo graduale nell'idea di favorire

l'accesso ai servizi e alle informazioni sulla salute ma anche sull'accesso (es. informazioni si pratiche STP), da rendere più strutturale per le diverse realtà territoriali.

È stata evidenziata quale strategia fondamentale su più livelli la “mappatura” dei luoghi di incontro e delle associazioni come primo passo per attivare processi di partecipazione e consultazione sull'organizzazione dei servizi, per il quale c'è un ruolo chiave dei mediatori. La collaborazione con organizzazioni frequentate da persone di origine straniera (CPIA) e, in particolare, con associazioni formalizzate “consulta degli stranieri” si evidenzia come facilitatore per implementare pratiche di alfabetizzazione, attraverso un adeguamento dei contenuti ai livelli di *health literacy*, capaci di raggiungere i gruppi di persone di origine straniera e costruire esperienze di co-progettazione e co-produzione.

Nel servizio solo in passato si sono sviluppate pratiche di valutazione e consultazione per migliorare l'esperienza dei servizi, mentre ora si fa affidamento al mediatore. Il mediatore è descritto come un “mediatore di comunità naturale”, ma è emersa anche la necessità di figure specifiche a supporto dei processi partecipativi con le comunità, le associazioni e le scuole. Una minore priorità all'implementazione di questo tipo di azioni è apparsa per le operatrici, in relazione alla percezione di maggiori difficoltà di coinvolgimento diretto della popolazione straniera, per minori competenze o minori interesse, che orienta verso forme di rappresentazione indiretta (mediatrici).

L'analisi dei dati rivela alcune barriere specifiche relative ai processi partecipativi che riguardano pratiche outreach e il coinvolgimento dell'utenza a livello organizzativo (progettazione, erogazione, valutazione) e che possono essere definite in 3 macro-tipologie, fra loro collegate: barriere “demand-side”; barriere “supply-side” e barriere esterne del contesto socioculturale.

Demand-side. Queste barriere riguardano la rappresentatività, la raggiungibilità, l'intravariabilità e la diversità culturale dei gruppi di persone di origine straniera. ci si riferisce alla “numerosità” dei gruppi in base all'origine e la raggiungibilità di alcuni gruppi per le condizioni di vita (lavoro, dispersione sul territorio). Inoltre, attivare processi partecipativi CC richiede di essere consapevoli dell'intravariabilità dei gruppi e delle condizioni di esclusione sociale in termini di rappresentanza all'interno dei gruppi organizzati, problema percepito per le donne, e come evidenziato richiede di muoversi verso modelli partecipativi dal basso (Chiarenza *et al.*, 2014), mentre la diversità culturale che condiziona le diverse concezioni di partecipazione richiede di variare i metodo di coinvolgimento (Kalathil, 2008).

Supply-side. Sono state evidenziate barriere che riguardano dimensioni organizzative che influenzano la possibilità di attivare e sostenere nel tempo pratiche partecipative, quali: carenza di risorse dedicate, vincoli organizzativi, carenza di figure dedicate specifiche, poca inclusività delle infrastrutture partecipative (es. reclamo e comitati di partecipazione). I vincoli organizzativi individuati sono relativi agli orari lavorativi e l'incoerenza con i bisogni della comunità (es. sabato mattina), mentre le figure specifiche sono figure con formazione sui temi della partecipazione sociale (es. mediatori di comunità).

Contesto socioculturale. Sono emerse due barriere “esterne” che riguardano, da una parte, il clima politico attuale di discriminazione in quanto attacco al legame sociale, dall'altra la concezione diffusa della partecipazione verso un modello utilitaristico, di pretesa individuale a sfavore di uno democratico che si basa sulla condivisione dei problemi in termini di convivenza sociale, più presente nel passato.

Barriere e facilitatori alle pratiche CC

I dati sembrano mostrare che le criticità all'implementazione dalla CC siano legate ad un problema di integrazione fra i livelli organizzativi, alla dimensione politica legata alla CC e alla percezione del sovraccarico delle professioniste dove fattori strutturali e culturali interagiscono nel determinare vissuti di fatica dell'agire professionale.

Come facilitatori maggiori per il livello clinico, i dati rivelano la percezione dell'importanza delle condizioni del gruppo di lavoro e delle infrastrutture organizzative e, soprattutto per il livello manageriale, è emerso il ruolo del forte sostegno regionale al *commitment organizzativo* (con la predisposizione del monitoraggio delle schede del piano socio-sanitario e gli obiettivi delle direzione e i dispositivi regionali di elaborazione dati sugli esiti di salute) e della sintonia e diffusione delle politiche regionali.

In modo condiviso nel servizio si riconosce il ruolo del gruppo di lavoro: in particolare la percezione di coesione dell'équipe e la possibilità di confronto e condivisione di pratiche. Le operatrici sottolineano la dimensione del gruppo come fonte di supporto emotivo (Anaza *et al.*, 2016) ma anche il ruolo delle condizioni infrastrutturali organizzative di efficienza, come pre-condizioni per favorire un'assistenza orientata all'equità.

Un tema critico è, infatti, quello del supporto organizzativo. Nel servizio c'è una percezione abbastanza condivisa del bisogno di supporto per le operatrici e della presenza di alcune visioni conflittuali, non così evidenti a livello manageriale. A livello operativo i dati raccolti mostrano una percezione di *sovraccarico* e una richiesta di maggior supporto "operativo" (l'incremento del personale, gestione dell'accesso diretto), "culturale" (l'uso della mediazione e supporto culturale), e per il contenimento del carico emotivo, legato, in parte, alla necessità di modificare il proprio agire professionale per rispondere a situazioni vissute come più complesse. La richiesta avanzata da alcune verso un maggior rigore sull'applicazioni dell'essenziamenti, collegato ad un vissuto di svalutazione, mostra un gap culturale fra parte degli operatori e responsabili del servizio che si può leggere anche nella percezione di non partecipazione alla costruzione delle politiche sanitarie. Sembra che l'*identificazione* con le politiche del servizio da parte di alcuni dei professionisti sia ambivalente e che ci sia l'esigenza di respingere valori e pratiche che danno l'immagine di avvantaggiare solo la popolazione migrante, di cui il servizio dedicato diventa un artefatto. Sulla base di precedenti ricerche (Barbier *et al.*, 2013) alcuni elementi fanno pensare a una relazione fra percezione del sovraccarico e l'identificazione di alcuni aspetti della pratica professionale come "*dirty works*" (Hugues, 1958), costruito che ha le sue basi teoriche nella teoria sullo stigma¹⁵ di Goffman e che descrive una professione screditata per dimensione fisiche, sociali e morali ovvero occupazioni che richiedono un contatto con condizioni fisiche "disgustose", con clienti stigmatizzati, o pratiche immorali. È emerso infatti un vissuto di svalutazione legato alle condizioni del setting fisico e alla dimensione morale - favoritismo - rinforzato da una reputazione negativa del servizio registrata in parte dell'utenza.

I dati del middle management mostrano, per parte di essi, la percezione di una *difficoltà di coordinamento del gruppo di lavoro* a fronte del sovraccarico. I dati raccolti sembrano mostrare un'attenzione alla condivisione con gli operatori, attraverso la partecipazione ai coordinamenti regionali di alcuni rappresentanti e una concezione della CC come cultura del gruppo, ma anche

¹⁵ Il termine "stigma" si riferisce all'attribuzione di tratti profondamente screditanti a una persona. Goffman (1963) descrisse lo stigma come "un processo attraverso il quale la reazione degli altri attacca la normale identità". Lo stigma è "caratterizzato da esclusione, rifiuto, biasimo o svalutazione che deriva da un giudizio sociale negativo su una persona o un gruppo ... basato su una caratteristica duratura dell'identità" ... (Weiss *et al.*, 2001, 4). Il termine "courtesy stigma", che è stato anche coniato da Goffman (1963), si riferisce allo stigma che si attacca a coloro che sono semplicemente associati a una persona stigmatizzata.

una focalizzazione sui bisogni del cliente esterno. Il middle management a sua volta sente dall'organizzazione supporto parziale collegato al rischio di precarietà dell'investimento in pratiche aziendali CC nel tempo, e al *bisogno di coordinamento aziendale*. Mentre è emersa una condivisione diffusa sul principio dell'equità, e supporto attraverso le risorse per la mediazione, da potenziare sono quelle destinate al personale - che mostra l'importanza dell'azienda di intervenire su nuovi servizi, ma allo stesso tempo di trovare dispositivi di supporto e di "manutenzione" per quelli con maggiore "expertise". In aggiunta, sembra porsi come barriera la percezione di un conflitto sull'approccio all'equità e sui dispositivi di coordinamento aziendale visti da sviluppare attraverso responsabilità formalizzate e dispositivi di integrazione aziendale.

Nell'integrazione con il livello regionale e macro, sono emersi facilitatori e barriere. I livelli manageriali hanno valorizzato fortemente le politiche regionali in termini di approccio e infrastrutture che sostengono le strategie di commitment organizzativo (es. dispositivi di coordinamento regionale, banche dati). Ma, in riferimento alle politiche regionali, il middle management ha espresso la necessità di migliorare il *collegamento tra il livello operativo e il livello delle politiche regionali* attraverso un monitoraggio delle politiche più partecipativo, in sintonia con la "frattura" espressa delle stesse operatrici verso le politiche sanitarie. I livelli manageriali inoltre hanno riconosciuto quale barriera la dimensione politica della CC e il vissuto di *non pubblicizzare* apertamente le pratiche CC. Il middle management sembra colpito da una minor priorità attribuita al tema CC, unita alla forte dimensione politica e all'immagine negativa collegata alla CC che agisce sulla possibilità di advocacy, la quale è possibile sostenere attraverso il ricorso ai dati e alle evidenze.

CAPITOLO 6.

RISULTATI. ANALISI INTRACASO DELL'ORGANIZZAZIONE 2 (TOSCANA)

6.1 Introduzione

Questo capitolo riporta i dati dell'analisi "intra-caso" della seconda organizzazione. È diviso in differenti sezioni, riportando i dati raccolti a livello manageriale, del middle management e operativo.

Contesto

L'Azienda sanitaria presso cui sono stati raccolti i dati è una ASL di grandi dimensioni che nasce dalla fusione di tre ex Aziende come predisposto dal processo di riorganizzazione del sistema regionale Toscano, avvenuto nel 2016.

L'ambito territoriale dell'Azienda comprende i territori dei 103 Comuni. La superficie coperta dall'azienda è di circa 11.560 km² con un bacino di utenza di circa 838.150 abitanti.

Si contano 89.933 residenti di cittadinanza estera, il 10,8% del totale dei residenti, percentuale che si allinea al dato medio regionale (10,9%) e che ha visto, negli ultimi cinque anni, un modesto incremento (+1%). Il 54% degli stranieri residenti è femmina (51% per gli italiani). Importanti differenze tra le zone si rilevano nella distribuzione per paese di provenienza.

Partecipanti

I partecipanti alla ricerca, come riportato in Tab. 13, sono per il livello manageriale 4 figure manageriali con responsabilità in modo più o meno formalizzato sul tema della CC; 1 Responsabile del Servizio Consultoriale e 5 operatori della stessa sede, indicata come servizio di buone pratiche CC.

Tabella 13. Organizzazione 2 – ASL: partecipanti e metodo di raccolta

		Ruolo Organizzativo		Metodo di raccolta
1	F	Manageriale	Responsabile aziendale "Salute Migranti"	Intervista skype
2	F	Manageriale	Direttore socio-sanitario	Intervista telefonica
3	F	Manageriale	Urp- Referente Mediazione Culturale	Intervista telefonica
4	F	Professionale- Responsabile su Progetti CC	Logopedista	Intervista telefonica
5	F	Middle Management	Responsabile Servizio - Consultorio	Intervista faccia a faccia
6	F	Professionale/operativo	Ostetrica	Focus group
7	F	Professionale/operativo	Ginecologa	
8	F	Professionale/operativo	Assistente sociale	
9	F	Professionale/operativo	Mediatore Culturale	
10	F	Professionale/operativo	Infermiera	

6.2 Livello Manageriale

Sono di seguito presentati i risultati delle interviste individuali, svolte tramite intervista skype o telefonica, con il Responsabile Aziendale su “Salute Migranti”, il Direttore Socio-sanitario, una figura facente parte dell’ufficio relazioni con il pubblico, in passato Referente del servizio di Mediazione Culturale, e una logopedista che nell’ultimo anno ha attivato interventi CC nel servizio di afferenza.

6.2.1 Commitment organizzativo e principi a sostegno della CC e sensibilità alle differenze

6.2.1.1 Priorità attribuita alla CC, leadership, piano strategico

Gli intervistati riconoscono all’organizzazione una cultura “storica” di sensibilità al tema delle vulnerabilità e alla salute delle persone straniere, essendo stata *“la prima azienda con la mediazione”*, a cui ha contribuito il ruolo della direzione generale e della rete territoriale.

Nell’azienda si è sviluppato, con la recente riorganizzazione aziendale, un impegno esplicito al contrasto delle disuguaglianze e la mission aziendale è stata orientata al contrasto delle “disequità”. Questo orientamento si è tradotto nella costituzione in Direzione Sanitaria di una struttura nominata Promozione ed Etica della Salute, al cui interno c’è una struttura U.O.S. dedicata alla salute dei migranti (“Politiche contro l’emarginazione per le popolazioni Migranti”) e altre strutture dedicate al genere e alla salute della popolazione carceraria. La struttura dedicata alla salute dei migranti, attiva da pochi mesi, è descritta come una funzione di coordinamento per garantire l’implementazione delle strategie aziendali con una visione di sistema. La struttura ha un responsabile e non ha ulteriore personale dedicato, nell’idea di favorire una “crescita” dei servizi. Formalmente, si appoggia a una rete di referenti aziendali nei territori secondo indicazione della Regione, per la quale riveste il ruolo di referente aziendale. Il coordinamento esterno è immaginato in connessione con le strutture regionali per l’implementazione delle linee di indirizzo e con le Prefetture, in particolare per la salute dei richiedenti asilo e rifugiati. In passato all’interno dell’URP era coordinato il servizio di mediazione e alcune attività correlate.

Per rispondere ai bisogni sanitari dell’utenza straniera è stato formulato un piano strategico e alcuni interventi sono stati inseriti negli atti di programmazione regionale, su iniziativa del responsabile di struttura.

Si riconosce in azienda una diversa sensibilità nei servizi in base al contatto con l’utenza, la zona geografica e il livello del commitment del management: il consultorio è considerato trasversalmente il servizio più sensibile per le iniziative attivate nel tempo e per l’utilizzo della mediazione, così come la salute mentale, caratterizzata però da una maggiore disomogeneità fra la priorità riconosciuta fra la direzione e gli operatori e i servizi nelle zone urbane. Un’intervistata cita, in aggiunta, i dipartimenti di prevenzione/sicurezza sul lavoro, che hanno sviluppato una maggiore attenzione alla salute delle persone di origine straniera con l’aumento dei flussi di richiedenti asilo e rifugiati.

6.2.1.2 Significati attribuiti alla CC: approccio alla diversità e approccio strategico e professionale

Diversità e problemi di salute dei migranti

L'utenza su cui si concentrano i discorsi e le pratiche, sono i gruppi provenienti dall'area bengalese, indiana e pakistana, rappresentati come maggiormente vulnerabili per la minor integrazione, soprattutto delle donne che hanno minori competenze linguistiche, e dell'area nord-africana e africana, prevalentemente richiedenti asilo. Sono citati, tuttavia, come gruppo prevalente, le persone dell'area dell'Est Europa. Il problema dell'accesso ai servizi dell'utenza straniera è visto come una priorità da gestire per la maggior parte dei servizi in quanto sfida e difficoltà per gli operatori. Attualmente, le priorità su cui investire riguardano a) problemi di salute su cui sono emerse disuguaglianze "eclatanti" che chiamano in causa le difficoltà nell'accesso ai servizi e stili di vita più a rischio e b) i problemi della presa in carico da parte degli operatori, in relazione alla diversità linguistica culturale e religiosa dell'utenza, per i pregiudizi degli operatori e la mancanza di strumenti e percorsi specifici.

Una delle prime cose di cui mi sono resa conto è che non è più un tema così di nicchia. È una realtà in cui gli operatori sono in difficoltà. In ogni ambulatorio almeno uno o due stranieri arrivano [...] Le donne nigeriane lì ci ha aiutato molto l'antropologa perché veramente degli ufo per i nostri servizi. Ho riportato una serie di commenti .. "e ti ridono in faccia, non vengono agli appuntamenti, non prendono le pasticche". Oltre al tema della prostituzione che è vissuto come giudizio. (I.1)

Sono stati definiti come problemi su cui investire: l'accesso, la salute dei richiedenti asilo per i problemi di salute mentale, della prevenzione delle malattie infettive, per l'accesso alle vaccinazioni e alla salute orale; la salute della donna, in riferimento alle interruzioni volontarie di gravidanza e all'accesso ai servizi per le donne richiedenti asilo; la salute mentale infantile che riguarda i problemi nella diagnosi e trattamento dei disturbi dell'età scolare ("*diagnosi sbagliate, incapacità, incompetenza sul bilinguismo*"); la prevenzione del rischio cardiovascolare e il tema del diabete per le persone che provengono dal continente indiano, dove sono rilevate forti disuguaglianze.

Il problema della barriera linguistica-culturale e religiosa e della marginalità sociale è sentito come importante per la qualità della presa in carico, per i pazienti e per gli operatori, per la ripercussione sulla comunicazione, la compliance e la possibilità di partecipare al percorso terapeutico. Si riportano come altra difficoltà le barriere all'accesso per la minor conoscenza e fiducia nell'uso dei servizi, visibile anche nel minor accesso al sistema dei reclami e il sovrautilizzo del pronto soccorso. Il problema della salute mentale infanzia, citato poco sopra, è visto come una *disuguaglianza urgente* su cui agire per le conseguenze in termini di integrazione sociale e scolastica degli stranieri. È descritto da un'intervistata come una "sanitarizzazione" di un problema sociale: frutto di un intreccio fra condizioni di vita e di marginalizzazione dei bambini (spesso di "seconda generazione"), difficoltà nella comunicazione della diagnosi e del trattamento alla famiglia, stigmatizzazione della malattia e bassa competenza linguistica delle madri.

Approccio strategico e alla pratica clinica

Nell'organizzazione aziendale si è scelto un approccio per target di popolazione con strutture dedicate in base ai risultati dell'analisi dei dati epidemiologici. Promuovere equità pare richiedere infatti interventi specifici per alcuni gruppi sociali. L'approccio alla riduzione delle disuguaglianze si lega ad un'ottica di promozione della salute, di prevenzione della malattia e di riduzione dei costi sanitari.

Promuovere la salute in modo uguale nei diversi livelli di stato civile e di stato sociale delle persone, intervenendo in modo particolare laddove c'erano degli svantaggi ben evidenti quindi, diciamo che il mettere in evidenza alcune popolazioni particolari è derivata dall'analisi dei dati e del voler intervenire sulle diseguità di partenza perché per certi cluster di popolazione, perché abbiano le stesse garanzie di altri devono essere fatti degli interventi particolari...[...]. Obiettivo del servizio socio-sanitario è curare le persone in modo adeguato, quindi cercarle dove devono essere cercate, evitare che abbiano grossi esiti e prenderle il prima possibile, perché se le prendo prima, investo meno risorse per i cittadini che hanno bisogno, di qualsiasi colore della pelle.. (I.2)

L'equità, inoltre, è intesa come garanzia di trattamento equo in tutta l'azienda “altrimenti si ricrea la diseguità, che da una parte fanno delle cose rispetto a un'altra”. L'orientamento strategico attuale è quello di sviluppare le competenze dei servizi (“puntiamo molto dove ci sono risorse per cercare di rafforzare queste”) e fornire “supporto interculturale”, evitando di creare servizi dedicati o esterni. Sviluppare CC è percepito come un percorso lungo i cui risultati sono visibili nel lungo periodo, che richiede innovazione “fare le cose fuori dall'ordinario” e un collegamento fra servizi e territorio. Un'intervistata propone l'idea di creare “un'organizzazione preventiva” che fornisca supporto agli operatori, costruendo prassi organizzative, garantendo la mediazione culturale, il riferimento all'interno delle comunità e il supporto del servizio sociale:

Dando dei punti di riferimento, delle indicazioni precise, favorendo la comunicazione che grazie alla presenza della mediazione culturale, dando gli strumenti per parlare con loro, i riferimenti all'interno delle comunità...nel momento in cui è in difficoltà ma sa che può rivolgersi a qualcuno che interpreta la lingua, può avere supporto nel servizio sociale che conosce la persona che possono fare dei percorsi dove s'inseriscono in questa comunità.. (I.2)

6.2.1.3 Le strategie di implementazione di cambiamenti organizzativi: strategie di planning e monitoring

Usare e i dati e il confronto con i servizi

L'elaborazione e l'utilizzo dei dati per individuare disuguaglianze e criticità è stato base per lo sviluppo organizzativo in termini di strutture organizzative e di individuazione delle strategie: nelle interviste si citano come pratiche implementate l'elaborazione di dati epidemiologici e la raccolta di dati qualitativi attraverso il confronto con gli operatori. Per sviluppare il piano strategico aziendale si è lavorato attraverso un processo di elaborazione e raccolta dati che ha unito l'analisi epidemiologica svolta dal servizio di epidemiologia in collaborazione con il servizio epidemiologico regionale, l'analisi della letteratura con la raccolta di criticità e di aree di

miglioramento evidenziate dal personale dell'azienda. La prima strategia coordinata dal Responsabile della struttura dedicata alla salute dei migranti ha riguardato incontri con i servizi, parte di un percorso aziendale più ampio, che sono stati strutturati con una presentazione dei dati, un colloquio con un esperto e il confronto tra gli operatori. Le "buone prassi" identificate sono state prese a "modello" per le strategie aziendali. Il confronto sui dati è stato finalizzato a migliorare l'interpretazione e la qualità stessa dei dati e ha permesso di far emergere problemi che non si erano identificati tramite l'analisi epidemiologica. Per esempio, la difficoltà di elaborare dati sull'accesso per i bambini e ragazzi di "seconda generazione".

Allocazione delle risorse

Parte dell'attività di coordinamento per l'implementazione di strategie di CC nell'organizzazione è finalizzata alla gestione e alla ricerca di risorse economiche a sostegno delle strategie progettate, sia attraverso la scrittura di bandi, la richiesta di finanziamenti regionali, che attraverso la partecipazione ai bandi di gara regionale, che rendono il processo complesso e dipendente dalle condizioni organizzative degli enti con cui si entra in contatto. Inoltre, la parte amministrativa legata alla gestione e rendicontazione dei progetti (per esempio FAMI) è percepita come onerosa da gestire.

6.2.1.4 Le strategie al sostegno della partecipazione dell'utenza e della comunità

La partecipazione con la comunità, secondo logiche outreach, emerge come principio per la progettazione di pratiche e interventi rivolti alla promozione della salute dell'utenza straniera pensati come specifici e contestuali (*"non si trovano ricette"*) in relazione alle singole comunità dei gruppi di persone di origine straniera. La partecipazione e il legame con la comunità è visto come importante in un'ottica di promozione della salute ed esempio di integrazione sociale, enfatizzando le dimensioni relazionali alla base dei processi partecipativi collegati alla "fiducia" fra utenza e servizio.

Secondo me devono essere assolutamente previste quando una lavora come direttore in ambito sanitario, figure di riferimento all'interno delle comunità. In una realtà che è la più grande d'Italia dopo la Sardegna, non si trovano delle ricette. Attraverso il confronto e l'individuazione comunità per comunità delle aree giuste per quella comunità, si possono trovare i punti di forza e le criticità cui lavorare. Questo permette di favorire la fiducia... E intervengono prima dando un'idea della vera integrazione, cioè del fatto che ci si occupa di loro come di altri cittadini italiani svantaggiati. (I.2)

Per la "co-progettazione" a livello aziendale esiste una struttura dedicata alla partecipazione all'interno dell'URP che ha la funzione di coordinare il tavolo della partecipazione, di cui fanno parte di recente due associazioni straniere (Bangladesh), dopo la diffusione da parte del responsabile della struttura dedicata alla salute dei migranti ad alcune associazioni straniere. La partecipazione, intesa come pratica di coinvolgimento dell'utenza e di ascolto della comunità, viene sentita come non altamente diffusa e da sviluppare ulteriormente.

6.2.2 Le pratiche nell'erogazione dei servizi e nella promozione della salute

Le aree su cui si concentrano gli sforzi attuali dell'azienda sono differenziate e riguardano lo sviluppo di processi, pratiche e strutture nei servizi per sostenere pratiche già avviate, l'implementazione di nuove strategie e interventi di promozione della salute e pratiche partecipative. In passato emerge un investimento sulle aree della salute della donna e dei richiedenti asilo con il coinvolgimento dei dipartimenti di salute mentale e del settore materno-infantile, puntando al consultorio come servizio di interfaccia per favorire l'accesso al sistema dei servizi. Le strategie su cui si sono concentrati gli attuali sforzi organizzativi sono relative allo sviluppo interno dei servizi, la collaborazione interdipartimentale e le strategie partecipative (vedi Tab.14).

6.2.2.1 Le pratiche di sviluppo dei processi e strutture "interne"

La mediazione culturale, la formazione antropologica e l'utilizzo di strumenti diagnostici specifici per il bilinguismo

La strategia principale implementata per favorire la conoscenza e l'accesso ai servizi è stata la mediazione culturale, e la traduzione di materiale multilingua per alcuni servizi. La mediazione è presente in azienda dai primi anni 2000 attivata inizialmente con i fondi di un progetto regionale, poi rinnovata attraverso convezione privata con il fornitore.

L'uso della mediazione nei servizi è descritto come diffuso nel tempo a tutti i servizi ambulatoriali e ospedalieri, mentre i maggiori utilizzatori sono i servizi consultoriali. Ora il modello di mediazione si sta riformulando sulla base dell'esperienza maturata dai servizi, proponendo: a) la "mediazione integrata (etn clinica) avanzata", che prevede l'istituzionalizzazione dell'educatore sanitario di comunità (ESC), per svolgere attività di promozione della salute coinvolgendo le comunità; b) la mediazione linguistica culturale fissa per i servizi consultoriali e di salute mentale. La mediazione fissa nei servizi di salute mentale infanzia e adulti è pensata come supervisione per l'équipe, in integrazione con la supervisione della figura dell'antropologo. In questo servizio, in particolare si è promosso l'utilizzo di strumenti diagnostici specifici per il bilinguismo introdotti a seguito di una formazione avvenuta nell'anno precedente.

Discussione anche con l'équipe, non soltanto il paziente, quindi il lavoro poi lo deve fare anche l'équipe, su come comunica, su come gestisce ... Quindi l'idea del progetto che abbiamo pensato è una mediazione in questo senso, per lavorare, sia sull'équipe, e lavorare poi a sportello anche sulle famiglie, che sono quelle che vengono individuate come più in difficoltà a seguire un certo percorso. (I.4)

Équipe con formazione etnopsichiatrica e l'ambulatorio dedicato

Attualmente è stata implementata un'équipe mobile costituitasi grazie alla partecipazione ad un progetto regionale finanziato attraverso fondi FAMI, formata da etnopsichiatri esterni. Si è previsto, inoltre, di costruire un ambulatorio dedicato per garantire la mediazione stabile e la supervisione all'équipe: la scelta del servizio dedicato, nonostante contraddica il principio di non creare servizi dedicati è ritenuto la soluzione più efficiente per facilitare la programmazione della

mediazione a fronte delle numerosità delle lingue richieste. L'obiettivo è sfruttare le competenze dell'équipe mobile per favorire l'apprendimento negli operatori, per esempio tenendo vicini "geograficamente" i servizi per favorire lo scambio delle buone prassi: *li sto tormentando affinché non diventi una delega e abbiamo trovato uno spazio dentro i servizi di salute mentale perché questi etnopsichiatri esterni facciano la visita.* (I.1)

Tabella 14. Sintesi delle pratiche CC sviluppate	
Le pratiche di sviluppo dei processi e strutture "interne"	
1.	Mediazione culturale <ul style="list-style-type: none"> ▪ Educatore sanitario di comunità ▪ Mediazione fissa: consultorio, salute mentale adulti e infanzia ▪ Mediazione a chiamata e telefonica ▪ Materiale multilingua
2.	Formazione e consulenza antropologica
3.	Introduzione di strumenti diagnostici specifici per il bilinguismo nei servizi della salute mentale infanzia
4.	Équipe etnopsichiatrica e ambulatorio con mediazione fissa per richiedenti asilo e rifugiati
Le pratiche di sviluppo di collaborazioni interdipartimentali e integrazione fra i servizi	
1.	Scrittura di un PDTA per i controlli sanitari per rifugiati e richiedenti asilo
2.	L'accesso e l'iscrizione al servizio sanitario per i cittadini stranieri
Le Pratiche di partecipazione e collaborazioni interorganizzative nella comunità	
1.	Interventi di educazione sanitaria per la prevenzione del diabete
2.	Educatore Sanitario di comunità
3.	Alfabetizzazione sanitaria con le comunità
4.	Partnership con l'odontoiatria sociale
5.	Partnership con il sistema SPRAR
6.	Partnership e co-progettazione fra servizi di salute mentale infanzia, le scuole, associazioni

6.2.2.2 Le pratiche di sviluppo di collaborazioni interdipartimentali e integrazione fra i servizi

Come pratica a sostegno dell'integrazione fra i servizi, è stato avviato un tavolo di lavoro interdipartimentale per la costruzione di un PDTA per i controlli sanitari di richiedenti asilo e rifugiati, nell'idea di costruire un percorso basato sulle linee-guida nazionali che favorisca la funzione di controllo sanitario con quella di accesso al servizio, riconoscendo il ruolo chiave della medicina generale nel processo di accesso ai servizi e in collaborazione con altri dipartimenti (es. consultorio, prevenzione, medicina generale).

Si sta avviando inoltre un'azione per uniformare e dare chiarezza alle pratiche "burocratiche"

per l'accesso, tuttavia il processo sembra complesso per la frammentarietà fra i livelli organizzativi.

6.2.2.3 Pratiche di partecipazione e collaborazioni interorganizzative nella comunità

L'organizzazione sta investendo in pratiche volte alla partecipazione di alcuni gruppi di persone con background migrante. È in corso la progettazione e implementazione di interventi *outreach* di alfabetizzazione sanitaria, con il modello dell'ESC, ma già in passato sono state attivate iniziative con le comunità (considerate come precursori del modello attuale dell'"ESC")

E quindi questo era fondamentale come momento di conoscenza, ecco perché era nostro interesse come azienda anche fare dei momenti di formazione, laddove c'erano gruppi organizzati, anche per le etnie. Penso ad esempio ai bengalesi piuttosto che ad altre realtà in cui appunto ci si incontrava proprio per spiegare un po' come funzionava il sistema sanitario che non c'era solo il pronto soccorso. (I.3)

Si stanno, inoltre, costruendo interventi di educazione sanitaria per la prevenzione del diabete attraverso il coinvolgimento delle associazioni per il "*design*" dell'intervento. Un'altra iniziativa di co-progettazione, che ha coinvolto il servizio di salute mentale infanzia, è nata sulla spinta di un'associazione culturale (area Bangladesh), attraverso la partecipazione ad un progetto finanziato dalla Regione, per una formazione destinata agli educatori del doposcuola per i bambini stranieri bilingue, nell'idea di accrescere le risorse del territorio. Con la stessa logica si prevede l'intervento nelle scuole e la collaborazione tra ASL e Scuola.

Infine, dal 2010 è stipulata una convenzione con il sistema SPRAR, attivata per rendere visibile l'impegno dell'azienda nella presa in carico dei richiedenti asilo e per facilitare l'attivazione di formazioni e scambio fra la ASL e il sistema dell'accoglienza.

I partecipanti hanno fatto riferimento ad alcune difficoltà collegate alle pratiche partecipative. A livello organizzativo si sente la mancanza di un coordinamento e di una rete visibile che renda più semplice identificare le associazioni poco strutturate e numerose e, un'ulteriore difficoltà, deriva dalla perdita di un centro culturale di riferimento sul territorio, in seguito al cambiamento politico dell'amministrazione comunale. Si evidenzia come criticità la necessità di un'alta formalizzazione delle associazioni per poter partecipare al dispositivo di partecipazione aziendale che limita l'accesso alle associazioni meno organizzate presenti sul territorio. Per i richiedenti asilo sembrano meno visibili riferimenti per attivare processi partecipativi. Inoltre, si evidenzia la difficoltà di una partecipazione autentica in presenza di asimmetrie di potere e quando ci si interfaccia con rappresentanti unici per la categoria "stranieri". La possibilità di implementare pratiche partecipative si scontra, per alcuni, con una cultura ancora poco diffusa sul tema fra i professionisti.

Insomma.. arrivare ad eleggere un presidente che è rappresentante degli immigrati è sempre stato un bluff che non ha fatto altro che produrre autoreferenzialità è maggiore difficoltà a capirsi.....I filippini ad esempio ce ne sono molti si sono divisi in tre associazioni anche loro, per cui avere uno che parla per tutti non mi è sembrato una grande idea. Però questo vuol dire che non c'è un metodo qualificabile, per cui bisogna ogni volta rimboccarsi le maniche e cercare le persone tramite conoscenze. Però è una visione che non c'è molto. Lo fa chi ha voglia. (I.1)

6.2.3 Supporto organizzativo all'implementazione di pratiche di CC e di equità

Lo sviluppo delle strategie aziendali avviene attraverso la co-progettazione fra il Referente aziendale e i responsabili dei servizi sulle azioni identificate nel piano strategico, mentre è da potenziare il coordinamento con i referenti zonali nominati tramite delibera regionale. Nella gestione amministrativa della mediazione si fa riferimento allo sforzo dell'organizzazione nel fare "ampliamenti" al budget per coprire il fabbisogno espresso dai servizi e nell'attenzione a evitare gli sprechi, promuovendo il coordinamento delle iniziative nei servizi, per esempio sulla condivisione dei materiali tradotti.

Rappresenta una condizione di efficacia all'implementazione, la relazione positiva fra top management e middle management o "*informal leader*" che da una parte fornisce supporto al servizio, dall'altra favorisce la costruzione di alleanze dal basso. Tuttavia, c'è chi evidenzia come un coordinamento non formalizzato fra top management e servizi possa essere rischioso per la sostenibilità delle strategie nel tempo.

I pro, la presenza di una, diciamo, di una figura come quella di P1 in direzione che porti avanti un pochino quelli che sono i progetti che partono dal basso, sicuramente ha facilitato. E i pro sono grande spazio all'idea e alla progettualità, perché comunque di fatto questa è un'azienda che se hai delle idee prova anche a fartele portare avanti. Il contro è che chiaramente è tutto lasciato alla buona volontà.... mettiamo che io mi trasferisco, so già che tutto questo lavoro potrebbe finire nel niente di fatto. (I.4)

Emerge la difficoltà nel produrre e sostenere il cambiamento nei servizi da parte del top management e da chi ha un ruolo formale o informale di responsabilità sui progetti CC nei servizi.

Da lì ad aver voglia di essere creativi fare cose fuori dall'ordinario non è solo un tema che riguarda gli immigrati ma è una resistenza al cambiamento che è un po' universale. Questa più di quanto pensavo a dire la verità. È una resistenza al cambiamento veramente notevole. [...] Li non c'erano persone con questa competenza specifica, e non sono nemmeno riuscita a farli collaborare tra di loro. Sono riuscita comunque nella maggior parte dei casi a mettere le persone davanti ad un tavolo di lavoro e farli ragionare sui dati e sulle prospettive. Non ci sono riuscita con quella parte lì. (I.1)

Quale resistenza al cambiamento emerge il rischio della delega sia nell'implementazione che nell'erogazione dei servizi come evitamento del cambiamento percepito come "*una patata bollente*" o "*un piatto goloso su cui nessuno ci si accalca*". Nei servizi un tema è coinvolgere tutta l'équipe su pratiche di CC. La possibilità di produrre cambiamento nei servizi sembra richiedere tempo e il passaggio ad una consapevolezza del problema delle disuguaglianze. Si riconosce per esempio l'iniziale diffidenza degli operatori nei confronti dell'utilizzo della mediazione. Le difficoltà nell'implementazione sono ricondotte, quindi, a generali "resistenze al cambiamento" dall'altra ad una mancanza di cultura di promozione della salute e una poca attitudine a lavorare in rete con l'esterno. In particolare, pare più difficile produrre cambiamento nei servizi in condizioni di "scarsità di risorse", per cui si fa riferimento all'importanza di riconoscere le condizioni dei servizi e integrare supporto "operativo" e "interculturale".

Per diffondere il tema e favorire l'impegno fra gli operatori si descrive, pertanto il tentativo di dare rilevanza ai temi dei costi sanitari e sociali delle disuguaglianze, anche attraverso la diffusione dei dati e favorire lo scambio sulle buone pratiche fra i professionisti. Il top management, inoltre, sostiene il commitment all'innovazione nei servizi attraverso il riferimento alla direzione generale, ritenuto importante facilitatore, tanto che il prossimo cambio nella direzione organizzativa è avvertito come un problema per la sostenibilità delle strategie progettate.

A livello delle condizioni organizzative dei servizi e dell'azienda un facilitatore allo sviluppo di pratiche CC è visto nella presenza di una cultura "centrata sui pazienti" e orientata all'innovazione.

6.2.4 Il sistema regionale e il contesto sociale e politico

Rappresenta un sostegno all'implementazione della CC in azienda la sensibilità della Regione sulla tematica della salute degli stranieri espressa nella programmazione regionale attraverso i piani sociosanitari e la struttura di Coordinamento Regionale sulla salute migranti che gestisce la rete di referenti aziendali per la salute dei migranti. Per l'accesso ai servizi, è considerata una buona politica la delibera per l'esenzione per reddito prevista per i richiedenti asilo. Per portare innovazione in Azienda si valorizza il ruolo di un "Terzo settore competente" che tramite progetti ha contribuito allo sviluppo delle pratiche CC, e si esprime inoltre interesse per la collaborazione con organizzazioni impegnate sul tema CC nel territorio nazionale.

Pur in presenza di un orientamento politico favorevole, una criticità all'implementazione rappresenta la qualità del coordinamento dei diversi stakeholder regionali. Si cita la dimensione politica per spiegare la sostenibilità di alcune iniziative, modificate, interrotte o passibili di interruzione a causa di cambiamenti politici a livello nazionale o di governo di istituzioni regionali e comunali e si evidenzia la difficoltà di promuovere salute per un target di popolazione facilmente vittima di strumentalizzazioni politiche. Per esempio, un'intervistata cita l'eco mediatica degli episodi di conflitto fra utenza e personale.

Ne risentiamo molto. Un'aggressione di un certo tipo di colore della pelle viene messo più in evidenza di 10 aggressioni con un altro colore... Ma questo, la caccia allo straniero c'è sempre stata, cioè ... L'importante è fare semplicemente le cose concrete prima, intervenire e curare le persone. (I.2)

6.3 Livello del Servizio: il contesto

Sono qui presentati i dati raccolti attraverso le interviste a partecipanti parte del servizio consultoriale, indicato come contesto di buone pratiche CC all'interno dell'azienda.

Il consultorio viene presentato come un servizio socio-sanitario integrato e multidisciplinare, istituito per tutelare e promuovere la salute psico-fisica e sociale delle donne, della coppia, della famiglia, dei bambini e degli adolescenti, sia italiani che stranieri. I servizi erogati sono collegati alla salute riproduttiva (assistenza alla procreazione, percorso nascita e assistenza dopo il parto, a percorsi di Interruzione Volontaria Gravidanza, screening oncologici, menopausa), al benessere degli adolescenti (educazione affettiva e sessuale) e al benessere familiare (mediazione familiare, affidamento e adozioni genitorialità consapevole e sostegno alla responsabilità familiare, prevenzione e trattamento abusi sulle donne e sui minori). L'équipe è costituita da ostetriche, medici ostetrico/ginecologi, infermiera, assistente sociale, psicologhe, mediatore culturale. L'accesso avviene con prenotazione e la maggior parte delle prestazioni sono gratuite, senza ticket.

La sede del consultorio è collocata in un comune con una popolazione di ca 99 000 persone. La popolazione straniera residente era di 12 536 persone. Le prime 5 nazionalità maggiormente rappresentate sul totale della popolazione residente risultano: Romania, Bangladesh, Pakistan, Albania, Filippine, Cina.

6.4 Livello middle management

Sono presentati i risultati dell'intervista svolta faccia-a-faccia con la Responsabile della Sede consultoriale, suddivisi nelle 4 sezioni principali evidenziate.

6.4.1 Commitment organizzativo e principi a sostegno della CC e sensibilità alle differenze

6.4.1.1 Priorità attribuita alla CC, leadership, piano strategico

Lo sviluppo attuale di pratiche rivolte all'utenza straniera è visto in continuità ad una storia precedente del servizio di "sensibilità" al tema dell'utenza straniera, che da anni è impegnato nell'implementazione di corsi pre-parto con la mediazione culturale. È riconosciuto, inoltre, l'impegno attuale dell'azienda, con la responsabilità specifica della struttura dedicata. La salute degli stranieri e il contrasto alla discriminazione, è sentito come valore da tutelare nelle pratiche del servizio. Tuttavia, non si è definito in modo formale un piano strategico e non si percepisce ancora un livello di competenza tale da rispondere in modo efficace al problema delle disuguaglianze.

6.4.1.2 Significati attribuiti alla CC: approccio alla diversità e approccio strategico e professionale

Diversità e problemi di salute dei migranti

Si parla della diversità facendo riferimento alle nazionalità prevalenti che sono la Romena e Bengalese, ma anche al cambiamento dell'utenza con la maggior presenza di donne di origine africana ("le nigeriane"), poiché sentite come più "lontane culturalmente", con minori livelli di health literacy e con problematiche specifiche come le mutilazioni genitali femminili. Il problema sentito come prioritario è la facilitazione dell'accesso alla prevenzione e alla promozione della salute ma viene citato anche l'accesso tardivo per la gravidanza. La diversità culturale è utilizzata come chiave per spiegare i diversi comportamenti legati alla salute e la difficoltà del professionista nel gestire e rapportarsi con modi differenti di fare. La diversità non è sentita come assoluta, ma il rapporto con l'utenza è descritto come capace di evolvere nel tempo.

Sono difficili poi con il tempo la relazione cambia anche con gli operatori però.. e mi ricordo la prima volta nella sala d'attesa vedo una donna nigeriana stesa vado subito perché per me era ipertensione lei si è fatta fare tutto ma poi non aveva niente. Era lì, aveva visto le sedie e si era sdraiata... A parte il ridere per me è impensabile in una sala d'aspetto sdraiarsi su 3 sedie, noi siamo rigidi non necessariamente è ben accolto questa cosa....(I.5).

Si evidenzia come siano cambiati i bisogni di salute a cui rispondere, per cui la gestione del servizio e della pratica clinica richiede di pensare alla "diversità nella diversità", in base a origine, cultura e livelli di alfabetizzazione sanitaria. Il problema linguistico è considerato causa di difficoltà nella relazione clinica e per la partecipazione del paziente allo scambio comunicativo.

Approccio strategico e alla pratica clinica

Non sembra esserci un approccio dichiarato strategico nel quale ci si riconosce, ma si fa riferimento all'importanza di non escludere gruppi di utenza e di rispondere ai bisogni culturali dell'utenza. Implementare interventi CC significa differenziare per gruppi di provenienza per conoscere i diversi bisogni che mutano in base ai diversi flussi migratori ("occorre sapere con chi parliamo e da dove provengono") e avere un atteggiamento riflessivo di revisione di modi di pensare e delle prassi che si basa sulla capacità e lo sforzo di "mettersi in discussione". Inoltre, sviluppare strategie CC è percepito come contestuale, diverso in base alla relazione servizio-utenza-territorio, "perché non c'è una maniera". Sviluppare pratiche CC è vissuto come un processo di innovazione continua e di confronto con l'incertezza e di modifica della propria prospettiva nella relazione clinica e nelle pratiche del servizio.

Le cose cambiano in fretta.. Tutto cambia questa è la cosa più difficile una volta che ti sembra di aver capito.. Non è più la cosa giusta da fare. (I.5)

Nonostante la complessità riconosciuta nell'implementare interventi per target specifici, l'intervento per target è giustificato in nome della sua efficacia e del bisogno espresso dal gruppo di utenti. In termini di pratiche di servizio la diversità culturale richiede una revisione dei processi

per favorire l'accesso e l'equilibrio, complesso, fra un orientamento "centrato" sui bisogni dell'utenza e l'efficienza organizzativa, visibile sul tema dell'accesso ai servizi.

Nella conoscenza, pensiero comune, se vuoi accedere ai servizi ti adegui, però come cosa va detto. Abbiamo compreso che le donne del Bangladesh non escono a causa delle condizioni meteorologiche. Non potrai scegliere se non vieni. Su questo tema qui l'hanno capita. Il giorno e gli orari degli appuntamenti, non è che devi venire in giornata. Qui c'è una scansione oraria. Il rischio è che non fai niente. E' diversa da noi. (I.5)

Le competenze professionali per rispondere ai bisogni dell'utenza straniera sono viste come capacità che si sviluppano nel tempo, come la capacità di condurre i colloqui con la mediazione e la capacità riflessiva di pensare la diversità dell'utenza senza stereotipare e riconoscendo la diversità di ognuno.

Perché altrimenti è un'indianina no ma non sono razzista indianina de che? Ma magari ha due lauree. Poi l'altra questione importante è ragionare a target... per cui le donne nigeriane sono tutte uguali è quello che veniva chiesto a questo evento era come ci dobbiamo comportare con le nigeriane? E l'antropologa diceva da chi dipende da chi hai di fronte.. È possibile che tu ti debba relazionare in modo diverso a seconda della persona che hai davanti. (I.5)

6.4.1.3 Le strategie di implementazione di cambiamenti organizzativi: strategie di planning e monitoring

Non si è fatto riferimento a strategie formalizzate a sostegno del monitoraggio e della pianificazione dei servizi in ottica di equità, ma si cita l'importanza di un confronto sui dati relativi a disuguaglianze su accessi o di esiti di salute per poter avviare interventi specifici.

6.4.1.4 Le strategie al sostegno della partecipazione dell'utenza e della comunità

Emerge come tema centrale l'importanza della partecipazione dell'utenza, e la collaborazione con le ONG esperte sul tema. La partecipazione è considerata un principio fondamentale (più volte ripetuto nel corso dell'intervista) per la progettazione e per comprendere come sviluppare gli interventi. Da una parte la partecipazione è intesa come coinvolgimento e confronto per offrire servizi sensibili ai bisogni dell'utenza e superare la prospettiva medica, dall'altra è importante poter negoziare pratiche culturali "differenti".

A volte il nostro pensiero ha dei limiti per cui andrebbe chiesto molto di più cosa vuoi come lo vuoi che è poi il problema della relazione con la persona che è diversa da noi [..] Non è così scontato di dover scrivere il nome di tutte le persone della casa, per cui poi bisogna incontrarsi per discutere. (I.5).

6.4.2 Le pratiche nell'erogazione dei servizi e nella promozione della salute

Come esempi dell'impegno del servizio e strategie centrali si riconoscono la mediazione stabile nel servizio e nei corsi pre-parto per gruppi culturali, mentre nuove strategie sono state sviluppate per rispondere ai bisogni di salute di donne richiedenti asilo. In Tab. 15 è presentata una sintesi delle pratiche sviluppate.

Tabella 15. Sintesi delle pratiche CC sviluppate

Le pratiche di sviluppo dei processi e strutture “interne”

1. Mediazione fissa
2. Formazione *on the job*
3. Corsi di accompagnamento alla nascita con la presenza della mediazione

Le pratiche di sviluppo di collaborazioni interdipartimentali e integrazione fra i servizi

1. Collaborazione al Corso di accompagnamento alla nascita
2. Collaborazione alla scrittura PDTA

Le Pratiche di partecipazione e collaborazioni interorganizzative nella comunità

1. Partecipazione e Promozione della Salute
2. Educatore di comunità
 - Prevenzione dell'IVG
 - Interviste in profondità
3. Partecipazione alle feste della comunità
4. Collaborazioni con gli Enti Gestori
5. Collaborazioni con le associazioni del territorio per interventi outreach

6.4.2.1 Le pratiche di sviluppo dei processi e strutture “interne”

Mediazione linguistica

La mediazione fissa, descritta come figura stabile dell'équipe è la strategia principale ritenuta importante per la riduzione della barriera linguistica e per facilitare l'accesso, in virtù del legame con la comunità e la conoscenza del servizio (*Fa parte dell'équipe in maniera strutturale ..e questa è stata una grossa conquista.*).

L'investimento attuale è nella formazione della mediatrice come “educatore sanitario di comunità”, strategia che amplia, in modo formalizzato, il ruolo del mediatore a promotore di salute con una funzione di interfaccia fra l'interno e l'esterno per favorire la partecipazione e il coinvolgimento delle comunità.

Formazione e consulenza antropologica

Nell'ultimo anno sono state attivate alcune esperienze formative e una formazione *on the job*, finanziata con fondi FAMI e in collaborazione con l'ONG locale. La formazione *on the job* è stata pensata come supervisione di un esperto con formazione antropologica per sviluppare e allo stesso tempo erogare un corso di accompagnamento alla nascita per le utenti richiedenti asilo. Viene valorizzata per il supporto alla comprensione "culturale" perché capace di far emergere le difficoltà della presa in carico, stimolare l'apprendimento ("*è stato faticosissimo, sono venute fuori tante cose*") e lo sviluppo di pratiche efficaci che facilitano gli operatori nel proprio lavoro. La formazione è vista come occasione di analisi del problema e si ritiene utile costruire momenti d'incontro con i vari stakeholder (es. enti gestori CAS).

Educazione, Prevenzione e Promozione della salute

Il corso di accompagnamento alla nascita è la strategia storica del servizio che prevede la presenza del mediatore per facilitare l'accesso per le donne dell'area del Bangladesh e la presenza degli anestesisti dell'ospedale in alcuni incontri. Gli sforzi attuali, focalizzati per rispondere ai bisogni delle donne richiedenti asilo, si sono concentrati sulla prevenzione delle mutilazioni genitali femminili che hanno richiesto una riflessione per costruire una strategia di promozione della salute che fosse capace di rispettare la diversità culturale. Nel promuovere il messaggio di salute si esplicita il quadro legale italiano, le informazioni sui rischi sanitari e il riferimento al "sistema medico" per negoziare significati e le diverse prospettive sulla salute.

Anche su questo tema prima di fare il corso con l'antropologa pensavo "salvate dall'obbligo" smetteranno di farle...o non è così e allora abbiamo detto come facciamo? Perché ci sono alcune che pensano devo farla fare a mia figlia altrimenti nessuno la vorrà sposare.. [..]Però abbiamo trovato un modello. Poi magari lo modificheremo... raccontiamo secondo la nostra medicina sulla fertilità per esempio non dico, è una stupidaggine, ma secondo la nostra medicina c'è un rischio perché è più alto il rischio di infezione (I.5)

6.4.2.2 Le pratiche di sviluppo di collaborazioni interdipartimentali e integrazione fra i servizi

Si citano esperienze di collaborazione intraorganizzativa che riguardano le pratiche del servizio e aziendali, ma la collaborazione appare come una dimensione più faticosa da implementare "*l'inizio è sempre difficile*".

Per quanto riguarda le pratiche di servizio, il corso di accompagnamento alla nascita prevede la collaborazione, ormai istituzionalizzata, con gli anestesisti dell'ospedale.

Per quanto riguarda le pratiche aziendali, si valorizza la possibilità di scambio di buone pratiche nell'azienda, attraverso la formazione, e di costruzione di percorsi condivisi. In particolare, si sta collaborando alla scrittura del PDTA per i controlli sanitari per i richiedenti asilo.

6.4.2.3 Pratiche di partecipazione e collaborazioni interorganizzative nella comunità

Le strategie di promozione alla salute si intrecciano con le strategie *outreach* e di partecipazione dei gruppi “culturalmente omogenei”; inoltre si valorizzano i legami con le organizzazioni sul territorio. Il servizio, in collaborazione e su proposta dell’ONG locale partner, ha implementato due progetti di educatore sanitario di comunità (ESC), il primo per la prevenzione dell’IVG rivolto alle donne di origine rumena nei primi anni 2000, che ha previsto una fase di ricerca e l’utilizzo di interviste in profondità, e il secondo, nell’ultimo anno, sull’accesso agli screening che hanno portato alla formazione delle ESC per i gruppi dell’area del continente indiano e africano. Gli interventi *outreach*, con interventi nelle comunità e la partecipazione alle feste tradizionali, sono considerati indispensabili per l’accesso e la promozione della salute, per la costruzione di un rapporto di fiducia e per raggiungere un ampio numero di persone. Tali strategie permettono di “raggiungere” anche gli uomini, considerato importante target degli interventi, ma meno presente nei servizi. Il gruppo, di cui si è fatto esperienza tramite questi progetti è considerato il dispositivo migliore per la promozione della salute e la prevenzione in un “contesto interculturale” in quanto risorsa per lo scambio su messaggi di salute, la partecipazione e la diffusione.

La formazione dei peer e le ESC una donna per esempio ci ha portato qui una sua amica che voleva interrompere la gravidanza aveva chiesto dei farmaci e lei l’ha portata qui. Questa ha detto non lo fare. Il meccanismo deve essere questo. Trasferire le notizie su tutti. Non è che puoi proporre a tutti gli stessi valori (I.5).

Le collaborazioni con le organizzazioni del territorio, quali i CAS, le associazioni che si occupano di salute dei migranti e della donna sono riconosciute come importanti per comprendere e intercettare bisogni di salute e implementare strategie “outreach”.

Fortunatamente qui ci conosciamo tutti...poi abbiamo una certa relazione anche con gli operatori dei CAS qui sono quasi tutti CAS. Ora è il momento di muoversi noi verso di loro magari per loro è un pochino più faticoso per noi però per me va fatto anche perché le operatrici del CAS mi stanno dicendo che le donne che chiedono dove si fanno le MGF (I.5).

6.4.3 Supporto organizzativo all’implementazione di pratiche di CC e di equità

La diffusione e sviluppo di interventi CC nel servizio è facilitato da una cultura del gruppo di lavoro sentito come “capace di mettersi in discussione” soprattutto per l’équipe interna. Emerge la difficoltà di poter gestire con gli operatori atti discriminatori anche sottili e l’importanza come responsabile di far leva sulla dimensione etica legata al tema delle disuguaglianze per promuovere *commitment* fra gli operatori. La formazione è pensata come supporto a prevenzione del burnout e come strategia per ridurre e affrontare le resistenze e i pregiudizi degli operatori. Per questo si ritiene importante nei momenti formativi “rassicurare” attraverso l’utilizzo dei dati.

Altrimenti si è punibile penalmente quello che muove le persone è che se non lo fai precludi delle altre persone e tu ne sei responsabile e sei punibile secondo me.. Per me è importante la formazione ogni tanto bisogna investire sulla formazione puntata sui dati che va anche a rassicurare quelli che la pensano come Salvini, che il buco per la sanità non è dato dai migranti e poi formazione on the job al di là di quello che pensi sul fenomeno migratorio se sei in difficoltà... Lavorare ci devi lavorare.. Intendo in affiancamento con una persona che può avere esperienza in quel campo e poi lavori meglio. Vedere che sei efficace, fa sì che ti viene in mente di andare avanti. (I.5)

È vista come fondamentale la presenza in azienda di un referente sulla salute dei migranti quale supporto all'implementazione di strategie nel servizio e nell'organizzazione. In particolare, si ritiene utile quale figura per produrre cultura organizzativa e creare una rete, promuovere la formazione e modalità operative condivise.

6.4.4 Il sistema regionale e il contesto sociale e politico

Il sistema regionale viene citato in riferimento alle risorse e alla possibilità di poter usufruire di finanziamenti regionali per sviluppare interventi specifici per la popolazione straniera. Per rendere il servizio capace di sviluppare strategie efficaci si pensa sia utile il confronto interorganizzativo e interregionale per attivare processi di apprendimento e cambiamento basato sullo scambio di buone prassi.

Lo sviluppo delle pratiche del servizio è letto anche in relazione ai rapporti con il tessuto sociale in cui il servizio è inserito e si sente come una difficoltà promuovere attività rivolte all'utenza straniera in un Comune con un'appartenenza politica di destra, che porta a "nascondere" gli interventi: "fra di noi ci diciamo non farlo lì".

6.5 Livello professionale

Di seguito sono presentati i dati raccolti a livello professionale. Hanno partecipato al Focus Group, come anticipato, le seguenti figure professionali: assistente sociale, ginecologa, ostetrica, mediatrice culturale, infermiera.

6.5.1 Commitment organizzativo e principi a sostegno della CC e sensibilità alle differenze

6.5.1.1 Priorità attribuita alla CC, leadership, piano strategico

L'impegno dell'azienda e del servizio sul tema della salute dei migranti è sentito come presente da un decennio, quando l'azienda e i servizi consultoriali avevano avviato delle formazioni per sviluppare un approccio di accoglienza verso gli utenti stranieri. In particolare, la zona di riferimento del servizio è percepita come "apripista" per la sperimentazione di nuove pratiche e attualmente da parte dell'azienda si sente interesse e vivacità, espressi attraverso la proposta di eventi e iniziative che riguardano la salute dei migranti.

Le intervistate sembrano identificarsi e valorizzare le scelte del servizio, considerando l'esperienza fatta come un "modello da esportare", riconosciuto anche esternamente.

6.5.1.2 Significati attribuiti alla CC: approccio alla diversità e approccio strategico e professionale

Diversità e problemi di salute dei migranti

I discorsi sembrano concentrarsi su due gruppi prevalenti, definiti spesso come "etnici": le donne del Bangladesh, come utenza "affezionata" al servizio e "le nigeriane" come la nuova utenza che ha messo in difficoltà le operatrici per la barriera linguistica-comunicativa. L'accesso ai servizi non sembra un problema per quei gruppi che possono far riferimento alla mediazione fissa e con cui la relazione si è consolidata e costruita nel tempo, mentre altri rischiano di essere "allo sbando" per la non conoscenza del servizio. Le intervistate mettono in evidenza come la differenza culturale e linguistica possa mettere in crisi le prassi abituali, generando talvolta frustrazione. La diversità culturale è particolarmente sentita come un ostacolo nella comunicazione, nella partecipazione delle persone alla relazione clinica, e nell'uso dei servizi e la compliance (es. rispetto degli appuntamenti). Tuttavia, le intervistate mettono in rilievo non solo il ruolo delle rappresentazioni dei pazienti ma si riconosce quello delle pratiche professionali e degli atteggiamenti dei professionisti, quali i propri pregiudizi e la difficoltà a non stereotipare sulla base dei gruppi di provenienza, nei meccanismi che possono portare a differenze nel trattamento.

No infatti perché oltre che al problema linguistico, io personalmente questa cosa, questa barriera culturale un po' l'avevo. Perché magari per me dire: "è così..." E va, e pretenderei delle volte che fosse così anche per te, eh non è mica proprio vero, vero, vero (I.9)

La lingua appare un problema in assenza della mediazione linguistica, e in base alle competenze linguistiche dell'operatore nell'utilizzo delle lingue veicolari, che possono comportare ritardi nella presa d'incarico, difficoltà nella comprensione della domanda delle pazienti o delle prescrizioni mediche. Solo, marginalmente è fatto riferimento alle difficoltà di tipo burocratico incontrate per le iscrizioni al servizio sanitario e per l'accesso alle esenzioni.

Approccio strategico e alla pratica clinica

Rispettare e comprendere la diversità culturale è una componente dell'approccio descritto delle partecipanti nei confronti delle pazienti di origine straniera. Alla base della pratica professionale si riconosce lo sviluppo di un atteggiamento di apertura, di "elasticità" e di non dare per scontato. La metafora utilizzata da un'operatrice per descrivere un atteggiamento di decentramento è quella di "tener accesa la spia". In sintonia con le pratiche del proprio servizio viene sottolineata l'importanza dell'ascolto delle pazienti, della partecipazione nella comunicazione e della comprensione dei bisogni con l'obiettivo di offrire cure e servizi rispondenti ai bisogni. La pratica professionale come descritta da una partecipante, consiste nel considerare nel lavoro con le persone straniere sia la dimensione individuale e soggettiva che quella di appartenenza al gruppo culturale e di provenienza e di differenziare le pratiche professionali rivolte al gruppo e quelle rivolte al singolo, con l'obiettivo in questo caso di personalizzare l'intervento. Sembra importante quindi riconoscere i bisogni unici della persona e mantenere un atteggiamento volto a non stereotipare.

Allora, quando lavoro per i gruppi, ovviamente io calibro il mio intervento sulla base di quel gruppo, perciò io quello che racconto alle signore in gravidanza che provengono dal Bangladesh sono argomenti diversi, sempre sul sociale, però ad esempio mi soffermo di più sui permessi di soggiorno, su delle richieste loro, su tematiche che riguardano la genitorialità, che cosa sia il pediatra... Cioè, mi fermo più a spiegare... Più le cose che sono spuntate, quindi lo calibro su quello. Quando parlo alle signore nigeriane, abbiamo degli argomenti di interesse per le signore nigeriane che abbiamo costruito insieme, chiedendo a loro su che cosa volevano essere... Quando invece si... Io ad esempio ho un colloquio magari con una persona proveniente da un altro paese... Tanto ascolto, però dopo ... Si cerca un pochino di personalizzare, cioè, quello che uno dice, c'è la richiesta, tu però poi la calibri su quella persona lì. "tu mi chiedi questo. Che cosa hai fatto prima? Qual è la tua storia? Qual è la tua anamnesi? Con chi sei qui? Da dove provieni? (I.6)

Lo sviluppo di CC è inteso come un processo di cambiamento nell'organizzazione del servizio nei processi di accesso per ridurre disuguaglianze, valorizzando la possibilità di istituire percorsi specifici per alcuni target, ma cogliendo al tempo stesso la tensione nella contraddizione tra un orientamento verso un approccio sensibile ai diversi bisogni culturali e i vincoli organizzativi (es. orari dei servizi). Rispetto allo sviluppo di interventi specifici per gruppi di provenienza è emersa inoltre la percezione del rischio di ghettizzare l'utenza.

Però ci venne anche in mente di poter ghettizzare anche l'etnia, perché comunque si disse anche ma se mettono tutte di lunedì mattina le donne del Bangladesh, e comunque quelle che parlavano Hindi, "poi magari come si sentiranno?". Ecco, ce lo siamo posti anche questo, questo pensiero insomma. Ehm così come ce lo siamo posti anche per il corso d'accompagnamento alla nascita di cui ora si parlerà, la stessa cosa, no? (I.7)

6.5.2 Le pratiche nell'erogazione dei servizi e nella promozione della salute

Per descrivere le pratiche del servizio che lo rendono CC si fa riferimento agli interventi e i “tentativi” che nel tempo sono stati fatti: pratiche consolidate che hanno modificato processi assistenziali e di presa in carico e nuovi progetti che hanno dato avvio ad alcune sperimentazioni, nella logica riconosciuta di creare “percorsi ad hoc” per alcuni gruppi di provenienza.

6.5.2.1 Le pratiche di sviluppo dei processi e strutture “interne”

Mediazione culturale e riduzione della barriera linguistica-comunicativa

La mediatrice dedicata è sentita di grande supporto per la possibilità di accrescere le competenze culturali degli operatori e “una grande conquista”, come supporto all’accesso per le utenti, che utilizzano il servizio come punto di riferimento anche per problemi di salute non connessi alla gravidanza. Per le operatrici è di supporto anche la mediazione a chiamata, mentre è percepito come più difficile l’uso del servizio di mediazione telefonica, perché più soggetto al rischio di incomprensioni e per la sensibilità dei temi da trattare.

Ecco poi anche chiedere ad esempio delle cose al mediatore che telefonicamente si fa peggio poi che c'entra, se proprio non c'è possibilità, va bene, però sinceramente avere il mediatore con te è un valore aggiunto perché tante volte a me m'ha spiegato delle cose che io magari non sapevo e quindi m'ha detto: “guarda, dice questo però... perché in Bangladesh succede che...”. Quindi mi ha aiutato a capire eh, proprio dei punti di vista che erano accettati culturalmente, che magari per noi potevano essere strampalati diciamo. (I.8)

È visto positivamente che nel tempo l'utilizzo della mediazione si sia allargato non solo alla presa in carico medica e alla promozione della salute con i corsi pre-parto e il progetto di “ESC”, ma anche alla presa in carico psicologica.

Le pratiche comunicative descritte delle partecipanti si riferiscono all'utilizzo della mediazione e allo sforzo di comunicare tenendo conto dei diversi livelli di *health literacy* e della *diversità culturale*: capire le rappresentazioni del paziente e “fare delle similitudini” fra i sistemi medici. In questo senso è problematizzato l'affidamento a figure familiari e non professionali per ridurre “la barriera linguistica”. Un'intervistata racconta il suo tentativo di usare la mediazione come “supervisione” e lo sforzo di parlare in inglese per costruire una relazione di fiducia con le pazienti.

Nel mio modo osceno, che però vedo è uno sforzo che la maggior parte delle volte è apprezzato. E qualche volta provoca anche delle grandi risate, perciò fa entrare anche un pochino più, non dico un po' di... un minimo di feeling.... invece se io mi sforzo a parlare in modo semplice ovviamente, e la persona comunque dialoga direttamente con me, mi sembra di restituire l'importanza che è lui... o lei che sta chiedendo qualcosa, cioè è un modo un po' per far renderlo più partecipe. (I.6)

Educazione, Prevenzione e Promozione della salute

Il corso pre-parto, destinato alle persone che provengono dal continente indiano e che non parlano l'italiano, è un'altra strategia "storica" del servizio, sentita come sempre più efficace nel favorire la partecipazione delle donne, in quanto servizio conosciuto e apprezzato nella comunità. Si valorizza la presenza della mediazione per favorire la comunicazione e la sicurezza delle cure: il consenso informato alla partonalgia è firmato in occasione del corso alla presenza del mediatore e dell'anestesista.

Le operatrici riportano come un'area di possibile miglioramento un'estensione dei corsi per raggiungere chi non partecipa a quelli previsti (2/anno) e ad altri gruppi linguistici. Inoltre, il servizio potrebbe beneficiare di ulteriori interventi per rispondere ai bisogni dell'utenza straniera. Le aree identificate sono relative a problemi di salute non approfonditi e ancora non sviluppati al pari della gravidanza quali: l'area della salute riproduttiva maschile, gli interventi di promozione alla salute che coinvolgono i ragazzi di "seconda generazione", l'accesso ai servizi della menopausa.

La formazione

Il valore della formazione è riconosciuto nella possibilità di affrontare in modo specifico problematiche e criticità che vengono vissute dalle stesse operatrici. Così sono stati avviati due progetti formativi e di scambio con gli operatori dell'accoglienza e con le associazioni che si occupano della tratta.

I.8: abbiamo più possibilità di... di focalizzare su questo argomento capito? invece di parlare che ne so, delle ferite chirurgiche per dire, magari ne parlerà con la chirurgia, noi parliamo della salute dei migranti.

I.6: magari c'è un evento sentinella, no? Un evento scatenante, qualcosa che ci fa riflettere...

Particolarmente apprezzata è la formazione "on the job" e il contributo della consulenza antropologica, che ha favorito nelle operatrici l'acquisizione di nuovi punti di vista, il cambiamento di modi di fare nella pratica clinica, ma ha portato anche ad una revisione delle pratiche dei corsi nascite favorendo il confronto con le utenti.

6.5.2.2 Le pratiche di sviluppo di collaborazioni interdipartimentali e integrazione fra i servizi

Le collaborazioni con altri servizi sul tema CC appaiono meno sistematiche. Le collaborazioni con i servizi collegati al percorso nascita sono considerate stabili per quanto riguarda la partecipazione ai corsi CAN, mentre sono ritenute più deboli o in via di costruzione per la presa in carico dei casi più fragili o per comprendere l'impatto delle azioni implementate. Ci sono settori nell'azienda sentiti come attenti al tema della salute dei migranti, e si promuove la necessità di scambio di buone prassi fra servizi. In base alle diverse funzioni e professioni nel servizio emerge quale pratica professionale il sostegno alle pazienti per l'accesso ai servizi e l'orientamento per l'iscrizione al servizio sanitario nazionale, ma non appare stabile o formalizzata una collaborazione con i servizi preposti.

6.5.2.3 Le pratiche di partecipazione e collaborazioni interorganizzative nella comunità

Le strategie di partecipazione sono valorizzate come una pratica centrale per favorire l'accesso e l'“avvicinamento” fra servizio e le comunità e per sviluppare interventi capaci di rispondere alle esigenze delle pazienti. Un punto di svolta nell'esperienza del servizio è stata la partecipazione ai progetti per la formazione degli educatori di comunità, finalizzati alla promozione delle attività di prevenzione dei servizi e miglioramento della qualità che ha portato le operatrici a partecipare a feste tradizionali o ad incontri nei luoghi di culto.

Quella è stata un'occasione veramente di raccogliere informazioni importanti, e ecco, proprio interessante perché il metodo di lavoro sulla comunità per noi è stato proprio innovativo, per noi operatori. Che poi abbiamo riproposto con il lavoro sulle nigeriane adesso, richiedenti asilo...questo secondo me è stato non solo veramente l'uso della mediazione, ma proprio il dare voce alle esigenze della comunità costruendo con la comunità i percorsi... (I.6)

Le operatrici valorizzano i processi partecipativi per “sfatare i propri miti”, conoscere e “mirare gli interventi”, per esempio sul tema delle mutilazioni genitali femminili. Le operatrici fanno anche riferimento ai corsi pre-parto come spazio di ascolto dei bisogni di salute, in base alla fiducia che si è costruita nel tempo.

Rilevante, al momento attuale, è la collaborazione con gli enti gestori e operatori dell'accoglienza per la presa in carico di richiedenti asilo.

Nonostante i benefici evidenziati, si presentano alcune criticità: da una parte la precarietà di alcune proposte, sviluppate tramite progetti e la loro selettività, poiché maggiormente efficaci e specifiche per il gruppo dell'area del continente indiano, mentre meno sviluppate per altri gruppi. È messa in evidenza l'importanza di selezionare quale figura dell'“educatore di comunità” una persona con un buon legame con i gruppi d'origine per favorire una reale partecipazione alle iniziative e dei luoghi di aggregazione come la struttura comunale che era dedicata “all'integrazione”.

6.5.3 Supporto organizzativo all'implementazione di pratiche di CC e di equità

Un ruolo di facilitazione allo sviluppo di pratiche CC sembra legato ad una cultura di “apprendimento” condivisa nel servizio e al supporto dei responsabili e dell'azienda. La “sensibilità e vivacità” dei responsabili è molto valorizzata per l'ascolto delle difficoltà portate dagli operatori, la partecipazione, e la revisione dei processi, secondo una logica di apprendimento continuo. C'è fiducia nel responsabile che è sentito capace di interessarsi e attivarsi per risolvere le problematiche incontrate nei processi di presa in carico.

Anche la disponibilità, comunque dei responsabili di farci partecipare, comunque di... cioè, anche di mettersi in gioco e di modificare delle prassi che sono magari ristrutturate, però di ripensarle continuamente, di... cioè una vivacità ecco. (I.6)

Allo stesso tempo si riconosce la disponibilità del “*mettersi in gioco*” dell’équipe e insieme che sia “*veramente un’esigenza*” la volontà di agire su un problema sentito come problema professionale, ossia l’esigenza di ridurre una vera e propria disuguaglianza.

Probabilmente non soltanto da parte del responsabile, ma di tutta l’équipe credo, perché se nessuno di noi aveva voglia di mettersi in gioco eh, finiva lì, no? non, non saremmo mai andate a modificare i CAN, a fare questo incontro sulle mutilazioni. (I.8)

Infatti, una barriera allo sviluppo di CC è percepita nella “resistenza” che il tema può suscitare negli operatori. Per quanto riguarda le specifiche pratiche messe in atto dal servizio nell’idea di moltiplicare i servizi per i diversi gruppi fornendo dei servizi “aggiuntivi” (es. corso nascita), le risorse attuali in termini di persone e tempo sono percepite insufficienti. Soprattutto, si ritiene importante avere evidenze delle pratiche innovative implementate (es. progetto ESC).

La restituzione di quello che si fa, cioè se funziona, se non funziona, qualche... Cioè della serie abbiamo fatto questo progetto, quello che ne è venuto fuori, cioè qualcuno che ci restituisca in modo un pochino più completo e complesso. Che poi non è che una... Cioè che ci devono dire: "ok, con questa attività avete aumentato del tot".. Non è quello, è proprio dare un significato aggiunto e capire se quello che osserviamo, se stiamo facendo per bene, insomma. (I.7)

6.6 Discussione

Lo studio di questo caso ha permesso di esplorare le logiche e le pratiche alla base dello sviluppo delle CC nell’organizzazione fotografando l’impegno organizzativo in una fase di nuovo investimento e cambiamento a livello centrale, secondo un approccio “interculturale” legato alla riduzione delle disuguaglianze, che mette in evidenza come la diffusione della competenza culturale sia un processo continuo di crescita. Lo sforzo attuale è quello di produrre cambiamento sviluppando strategie e rendendo le pratiche istituzionalizzate dall’alto verso il basso e viceversa attraverso un processo reciproco che sostiene gli sforzi dei servizi, interessando molteplici processi e dipartimenti. Per portare innovazione verso la CC sembra abbiano avuto un ruolo importante le influenze esterne, l’esperienza di ONG, più che della regione, e nell’organizzazione lo sviluppo della CC appare favorito da una cultura organizzativa di innovazione e apprendimento. Per il management si è dimostrato importante attivare processi di partecipazione dei servizi per comprendere problemi, bisogni ed esigenze, definire priorità e fornire supporto al cambiamento, allargando quindi la propria prospettiva del problema. Si è rivelato fondante un approccio ancorato all’equità e ai dati d’accesso e d’uso dei servizi per innovare, motivare, convincere e valutare l’implementazione di strategie, per superare le “resistenze al cambiamento” e il rischio della delega.

Saranno di seguito discussi i temi emersi dall’analisi confrontando le prospettive per evidenziare punti di forza, sinergie e incongruenze che agiscono sull’implementazione della CC.

Sviluppare commitment organizzativo: i processi, le strategie manageriali per servizi CC e partecipativi

I dati evidenziano la percezione di un alto commitment che attraversa l'organizzazione ai diversi livelli. Tale investimento appare interessante, in quanto non altamente evidenziabile al livello del dichiarato (vedi documenti di mission e vision) bensì al livello dei dispositivi organizzativi che sono stati formalizzati per presidiare il tema CC. Al momento della rilevazione dei dati, il top management sembra impegnato nel portare innovazione nell'organizzazione, attraverso "analisi dei problemi", definendo piani strategici e dando sistematicità alle esperienze già presenti in azienda.

Tali scelte di formalizzazione risultano visibili ai livelli intermedi e in parte ai livelli operativi, e riconosciute come un sostegno organizzativo nella direzione di promuovere la sensibilità alle differenze.

Il livello del commitment pare tanto più essenziale, in quanto si riconoscono le contraddizioni proprie del sistema territoriale, in cui le azioni CC sono diffuse a macchia di leopardo e le competenze richieste dal confronto con le nuove utenze richiedono di essere maggiormente sviluppate ed allargate. È emersa una forte identificazione nelle politiche e pratiche del servizio verso la CC (come modello da esportare), anche se c'è la percezione di una competenza ancora da sviluppare.

In questo contesto sembra quindi critica la possibile funzione di integrazione data della rete di referenti nelle varie zone dell'azienda, implementata su indicazioni regionali, che risulta non ancora "attiva". In termini di attuali strategie manageriali, inoltre, si evidenzia la centralità attribuita all'analisi epidemiologica e alla partecipazione dei servizi per lo sviluppo di interventi rivolti alla popolazione straniera (l'azione di *need assessment* è stata affiancata al rilevamento e alla condivisione di buone prassi già presenti nei servizi). Interessante è l'azione, rilevata tramite l'analisi documentale, a favore della "comunicazione" intra e interorganizzativa attuata attraverso la scrittura di un "report" sui dati epidemiologici e gli interventi CC sviluppati.

Inoltre, a supporto delle azioni di sviluppo e pianificazione degli interventi è emersa come significativa, la funzione di gestione delle risorse economiche con l'obiettivo di sostenere gli interventi pianificati, anche attraverso la partecipazione a progetti finanziati.

Il principio della partecipazione appare collegato alla promozione della CC, secondo una logica outreach e di integrazione socio-sanitarie, e si sono evidenziati sforzi per "allargare" la rappresentatività dei comitati di partecipazione nell'azienda.

Orientare i servizi alla diversità: i significati attribuiti del livello manageriale, del middle management e operativo

I dati hanno permesso di mettere in evidenza gli approcci alla base delle strategie organizzative e della pratica clinica, mostrando punti di continuità e discontinuità. Fra i livelli sembra condiviso un approccio all'equità e di contrasto alle disuguaglianze, che si orienta su popolazioni target, collegato ad un approccio interculturale di sensibilità alle differenze linguistiche culturali. È emersa inoltre la centralità della "centratura sul paziente" (espresso anche in qualche documento aziendale) e la partecipazione dell'utenza per l'implementazione e lo sviluppo della CC nell'organizzazione e nella pratica clinica.

I dati mostrano una percezione della diversità e del suo impatto come un problema condiviso e che in tutti i tre livelli esaminati richiama il ruolo sia delle barriere legate “alle caratteristiche dell’utenza”, sia delle competenze organizzative per farvi fronte mettendo in risalto il rischio di atteggiamenti discriminatori e l’importanza di orientare le pratiche all’equità. Lo sviluppo di pratiche di CC a tutti i livelli, appare collegato con un focus maggiore su gruppi specifici, ovvero comunità dell’area del continente indiano e richiedenti asilo, ed in particolare il servizio sembra colpito dal cambiamento e dal confronto con la nuova utenza.

Si possono notare alcune differenze tra i diversi livelli: mentre nel top management c’è una definizione dei problemi collegati alla diversità, ancorata all’analisi epidemiologica e il tema della differenza linguistica- culturale e religiosa è associato a quello di esclusione sociale, nel middle management appare più forte il focus alla diversità culturale, ma descritta con una visione più “consapevole”. Ovvero è apparso più presente un ancoraggio a visioni di cultura processuali che riconoscono l’intravariabilità dei gruppi e che richiedono di ragionare in termini di “diversità nella diversità”. Tra gli operatori, invece, è emerso un riferimento contemporaneo a prospettive sia processuali che categoriali di cultura: i gruppi culturali sono talora definiti in modo più omogeneo “etnie” e talora emerge una visione della pratica capace di rispondere alle differenze individuali. Un ancoraggio a visioni processuali sembra permettere di leggere la diversità in termini relativi e relazionali. Si considera cioè la pratica medica stessa come un costrutto culturale e il rapporto con la diversità come una relazione capace di evolvere per “uscire dall’assoluto della differenza” (Fassin, 2001). Il tema dell’accesso rivela incongruenze fra i livelli per l’enfasi su aspetti differenti (es. focus sulla prevenzione vs accesso ai servizi).

Per i livelli manageriali è emerso il collegamento della CC al tema del cambiamento come processo continuo di apprendimento permanente e dell’innovazione delle pratiche, nei suoi aspetti positivi e negativi, come necessità di ripensamento di pratiche abituali e di confronto con l’“incertezza”; che soprattutto nel middle management sembra collegato al confronto con il “cambiamento della nuova utenza”. I risultati del top management hanno messo in luce il riferimento ad un approccio sistemico e processuale. Questo orientamento sistemico permette di vedere la CC non solo come una responsabilità del professionista (Aries, 2004) ma si collega al supporto organizzativo (attraverso mediazione culturale, integrazione con servizi sociali e comunità). Inoltre, spinge a definire come obiettivo centrale a lungo termine la “diffusione” e l’integrazione della CC nell’organizzazione, attraverso modalità condivise e la riduzione di servizi o ambulatori dedicati o esterni.

I dati in aggiunta hanno mostrato a tutti i livelli, sia condivisione attorno alla logica di implementare interventi per alcuni gruppi di provenienza con l’obiettivo di facilitare l’accesso, sia la complessità di tale orientamento per la consapevolezza della dimensione politica della pratica e del rischio di ghettizzazione. Si può notare che l’implementazione di servizi per target e il dilemma fra “ghettizzazione” e “accesso” sembra richiedere agli attori di confrontarsi con soluzioni pragmatiche: limitati a chi ha barriere linguistiche, i servizi dedicati o interventi specifici per target (es. il corso pre-parto per gruppi linguistici) possono essere la soluzione più efficiente per garantire la mediazione culturale e la soluzione più apprezzata da alcuni gruppi di utenza. Inoltre, nel servizio sembra condiviso come la CC richieda, in modo complesso, una modifica delle pratiche organizzative secondo un approccio “centrato sul paziente” che tenga insieme i bisogni delle pazienti con il valore dell’efficienza organizzativa come emerso sul tema degli appuntamenti.

Per i livelli manageriali lo sviluppo della CC, in sintonia con la letteratura, è definito come un processo contestuale e relativo alla particolare relazione fra gruppi di utenza e servizi (Truong, *et*

al., 2014). La partecipazione infatti è emersa come principio collegato allo sviluppo degli interventi, in particolare come coinvolgimento nella definizione dei problemi e degli interventi di gruppi definiti in base a comunità di appartenenza, ma solo pochi hanno messo in discussione l'idea di comunità omogenee come la letteratura indica (Chiarenza *et al.*, 2015). Soprattutto, nel servizio la partecipazione è intesa come ascolto dei bisogni che permette di superare visioni etnocentriche e negoziare prospettive sulla salute e pratiche ad essa collegate. Meno definite a livello del top management sono le competenze e gli approcci alla pratica clinica, mentre fra operatori e responsabile, nonostante un riferimento all'appartenenza "etnica" non problematizzato più evidente fra le operatrici, è emersa una condivisione su alcune dimensioni chiave: riflessività (consapevolezza dei propri stereotipi), decentramento e riconoscimento dell'intravariabilità dei gruppi, per cui appare centrale la costruzione di una relazione di fiducia con il paziente. Inoltre, i dati mostrano che le operatrici descrivono lo sviluppo di pratiche CC facendo riferimento al cambiamento delle modalità comunicative, attraverso la costruzione di similitudini tra riferimenti "culturali" e il sostegno della mediazione.

La traduzione della CC e dell'equità nelle pratiche: supporto, barriere e facilitatori organizzativi e del contesto

Sviluppare CC nei servizi: le pratiche

I dati hanno messo in evidenza la corrispondenza tra le pratiche descritte sui tre livelli come la centralità della mediazione, del nuovo modello dell'"educatore sanitario di comunità" (ESC) e dello sviluppo di pratiche per rispondere ai bisogni di richiedenti asilo. Mentre a livello manageriale le pratiche hanno anche l'obiettivo di coordinamento fra servizi e dipartimenti aziendali, quest'aspetto è apparso meno evidente al livello del servizio, mettendo in evidenza il rischio di "marginalità" dello stesso e la minor tutela della continuità dell'assistenza.

Un orientamento a "far crescere i servizi", ovvero creare competenze diffuse e durature nell'organizzazione sembra alla base delle scelte strategiche e dell'implementazione. Infatti le pratiche sviluppate hanno riguardato l'investimento nella definizione di politiche aziendali per chiarire, uniformare pratiche di accesso seguendo politiche nazionali; l'introduzione della mediazione e l'utilizzo della consulenza/formazione antropologica come pratiche a supporto dell'équipe e non solo del singolo operatore durante il colloquio medico; la scelta di tenere geograficamente vicini i servizi per favorire apprendimento organizzativo e scambio fra équipe specializzate e operatori, vedendo l'esperienza dei progetti (vedi i progetti FAMI) come occasioni di sviluppo duraturo. Lo sviluppo delle competenze e delle pratiche professionali è supportato, quindi, non solo con la formazione tradizionale, ma anche attraverso forme di apprendimento legate alla pratica, come emerso anche nelle pratiche formative del consultorio.

C'è sintonia fra la descrizione delle pratiche centrali da parte del responsabile e delle operatrici ed è emersa identificazione nel servizio offerto sia per la facilitazione dell'accesso e della qualità dell'assistenza per le utenti sia perché consentono lo sviluppo delle competenze delle operatrici, in coerenza con la letteratura che mostra, per esempio, come il modello ESC sviluppi processi di cambiamento per l'utenza e per le organizzazioni (Chiu *et al.*, 2008).

Le collaborazioni sono apparse meno sviluppate ed è emersa un'occasionale relazione per le pratiche di iscrizione al SSN, rivelando tale aspetto come un'area da tutelare maggiormente. Le pratiche di collaborazione fra i servizi dell'azienda sono avvertite come più complesse da attivare su temi specifici per il middle management, ma quando presenti, anche attraverso formazioni o

iniziative aziendali, sono state riconosciute come occasione di diffusione della CC, e scambio di buone prassi, e valutazione dell'efficacia delle proprie pratiche.

I dati hanno messo in luce come la presenza del mediatore fisso, descritto come figura stabile dell'équipe e riconosciuto esternamente, favorisca l'accesso e renda il servizio un punto di riferimento per le pazienti anche per problematiche non connesse alla gravidanza, rivelando, inoltre, l'uso non altrettanto diffuso della mediazione culturale in altre realtà dell'organizzazione. È emersa invece la difficoltà nell'utilizzo della mediazione telefonica, poiché percepita come più a rischio di incomprensioni, da parte delle operatrici.

C'è accordo sul valore attribuito alle pratiche formative, in particolare verso la formazione degli operatori nella metodologia della supervisione definita "on the job", in sintonia con i risultati della letteratura che l'hanno definita come un'area di ricerca promettente per la CC (Jongen *et al.*, 2018). Il mentoring/supervisione "antropologica" sviluppando capacità riflessive collegate alla pratica professionale sembrerebbe una strategia adatta per sviluppare l'apprendimento "continuo" necessario per la CC sia a livello clinico che nella progettazione degli interventi.

Le pratiche partecipative e le barriere e i facilitatori

L'organizzazione sta sviluppando pratiche partecipative che sono valorizzate a tutti i livelli, anche se percepite come complesse da implementare soprattutto per il livello manageriale. Le pratiche di partecipazione riguardano da una parte il coinvolgimento dell'utenza, dall'altra la collaborazione con le organizzazioni del territorio. La collaborazione con ONG esperte è stata identificata come importante driver per pratiche CC nel servizio e nell'organizzazione. Le strategie a sostegno della partecipazione dell'utenza non sono apparse come altamente strutturate e diffuse, e appaiono più stabili relazioni con particolari "comunità" di provenienza. Le pratiche partecipative sono collegate alla promozione della salute e hanno riguardato processi di coinvolgimento di gruppi e comunità per la co-progettazione di interventi di educazione sanitaria e alfabetizzazione sanitaria, ma anche di promozione della salute attraverso community coalition sul tema del bilinguismo con differenti stakeholder (associazioni, ASL, Scuola). Pratiche di collaborazione interorganizzativa sia a livello centrale che del servizio sono maggiormente attive con organizzazioni collegate all'"accoglienza" dei richiedenti asilo, anche attraverso dispositivi formali, con l'obiettivo di dare avvio a formazioni specifiche o nel caso del servizio per raccogliere bisogni e sviluppare interventi outreach.

Nel servizio le pratiche partecipative sono considerate centrali per la costruzione di legami significativi con i gruppi a favore dell'accesso, e per creare spazi di promozione della salute raggiungendo un'utenza più ampia. In modo particolare i dati hanno messo in evidenza come il coinvolgimento delle pazienti per comprendere bisogni e costruire relazioni passi attraverso momenti non strutturati come la partecipazione alle feste della comunità o, all'interno del servizio, attraverso i momenti dei corsi pre-parto.

I dati mostrano la percezione di barriere e facilitatori specifici per i processi partecipativi organizzati in fattori "Demand-side", "Supply-side" e Contestuali.

Demand-side. Sono emerse criticità nella possibilità di garantire rappresentatività, collegate alla frammentazione dei gruppi sul territorio e la difficoltà di riconoscere rappresentati per diversi gruppi, in particolare modo per i richiedenti asilo.

Supply-side. Alcune barriere sono relative al supporto organizzativo per i processi partecipativi e riguardano da una parte le risorse e quindi la selettività e la precarietà delle iniziative, dall'altra la mancanza di un coordinamento e di una rete visibile degli interlocutori (es.

associazioni) sul territorio. I dispositivi aziendali di partecipazione richiedono un'alta formalizzazione delle associazioni che limita l'accesso alle associazioni meno organizzate presenti sul territorio. È emersa inoltre, la mancanza di riferimenti a metodi capaci di gestire processi partecipativi a fronte di asimmetrie di potere fra personale "esperto" e utenza.

Contesto. Il clima politico è stato citato come barriera allo sviluppo di processi partecipativi, così come la chiusura di una struttura comunale dedicata all'integrazione che permetteva il contatto le associazioni e gruppi.

Barriere e facilitatori alle pratiche CC

I dati mostrano la percezione di barriere e facilitatori comuni a sostegno delle CC nell'organizzazione, ma anche specificità collegate alla funzione di supporto e coordinamento interno e ed esterno.

In tutte le interviste è emerso il tema delle resistenze del personale, che si può collegare alla disomogeneità della CC nell'organizzazione e come facilitatore in modo trasversale si è fatto riferimento, in modo positivo, alla presenza di una cultura di innovazione e al ruolo del supporto organizzativo.

Per quanto riguarda le specificità, per i livelli manageriali le barriere sono maggiormente relative alla gestione dell'immagine organizzativa e alla dimensione politica della CC, per il rischio di strumentalizzazioni, e più rilevanti sono apparsi i fattori del livello regionale, sia in termini positivi (politiche specifiche e risorse) che negativi (frammentarietà nel coordinamento).

Per i livelli manageriali inoltre è emerso bisogno di maggior confronto interorganizzativo a livello regionale e nazionale per apprendere buone prassi, che potrebbe rivelare da una parte il bisogno di investire in CC, dall'altra, facendo allo studio di Dogra e colleghi, l'incertezza su come agire e le carenze nel coordinamento regionale: *"the lack of external guidance created uncertainty about what was happening elsewhere and a sense that every health care organization is working in isolation and starting from the beginning frequently. It is possible that this uncertainty and variation in approaches is related to the lack of consistency among external organizations"* (Dogra et al., 2009 p.132).

A livello organizzativo, i dati evidenziano il ruolo del supporto e dell'integrazione fra i diversi livelli che ne rivela l'influenza reciproca positiva per ridurre la percezione di difficoltà, riconoscere problemi e attivare sinergie. Per le operatrici il supporto dei responsabili assume un ruolo importante in termini di riconoscimento, partecipazione alle scelte, sostegno materiale nella pratica e attraverso le formazioni, facilitando così la possibilità di impegnarsi in pratiche CC e l'identificazione con le pratiche del servizio. In particolare, la percezione condivisa di una cultura di apprendimento fra responsabile e gruppo di lavoro, ha facilitato l'innovazione nel servizio e la revisione della pratica clinica, insieme alla possibilità di usufruire di risorse dedicate esterne (FAMI), che tuttavia sono sentite insufficienti per nuovi interventi. Maggior supporto è richiesto sulla valutazione delle pratiche in termini di esiti ed efficacia: infatti come già Dauvrin e Lorant (2016) avevano messo in rilievo affinché la CC sia norma condivisa è necessario che sia percepita appropriata, ottimale e corretta per i pazienti.

Per l'implementazione nei servizi è apparsa quindi vitale, la relazione positiva fra top management e informal leader/middle management come supporto all'implementazione per esempio con risorse su progetti, sostegno alla funzione di coordinamento e diffusione del cambiamento organizzativo attraverso processi partecipativi "dal basso".

Nel middle management le barriere maggiori sembrano legate alla dimensione politica della CC o all'integrazione. La difficoltà di gestione dell'équipe è inerente, infatti, alla possibilità di parlare apertamente della discriminazione nei confronti dell'utenza, come messo in luce già da parte di Irizarry e Gallan (2006).

Nel top management in modo specifico sono state riconosciute barriere a livello organizzativo collegate alle pratiche di gestione organizzativa. In particolare, la “non formalizzazione” del coordinamento con i servizi, la complessità della gestione delle risorse legate a enti esterni e il prossimo cambiamento della direzione sanitaria sono stati citati come fattori che possono minacciare il supporto alla possibilità di implementare CC e la sostenibilità degli interventi. Alcune barriere e difficoltà sono collegate alle “resistenze al cambiamento”, percepite come più forti nei servizi in maggior sofferenza e dove minore è una cultura “di promozione della salute” che possono tradursi nella delega sia sull’“operatore esperto” nel servizio che nel “referente aziendale” a livello organizzativo.

Tuttavia, si è anche mostrato come i livelli manageriali si riferiscano a pratiche che possono affrontare le resistenze al cambiamento: fornire supporto attraverso la formazione o i dati per rendere condiviso il problema delle disuguaglianze e il tema dell'equità, evidenziare la logica costi-benefici e differenziare le modalità di intervento in base alle “condizioni organizzative dei servizi” – in linea con la letteratura attuale che integra le teorie del cambiamento organizzativo con quelle del supporto (Seppälä *et al.*, 2018).

CAPITOLO 7.

RISULTATI. ANALISI INTRACASO DELL'ORGANIZZAZIONE 3 (PIEMONTE)

7.1 Introduzione

Questo capitolo riporta i dati dell'analisi "intra-caso" della seconda organizzazione. È diviso in differenti sezioni, riportando i dati raccolti a livello manageriale, del middle management e operativo.

Contesto

L'organizzazione è un'Azienda ospedaliera di grandi dimensioni, nata dalla fusione di 4 ospedali, che garantisce diagnosi e assistenza sanitaria di terzo livello in molteplici percorsi di cura. Le persone di cittadinanza straniera presenti sul territorio provinciale sono complessivamente 221.842. I cittadini e le cittadine straniere provengono da 162 diverse nazioni: di questi il 49,1% arrivano da paesi appartenenti all'Unione Europea, il restante 51,9% dal resto del mondo. Le nazionalità prevalenti sono la romena, marocchina, cinese, albanese.

Partecipanti

Sono state coinvolte nella ricerca 6 figure manageriali o con responsabilità collegate alla salute delle persone straniere e progetti CC, un Responsabile del Servizio di pronto soccorso per donne vittime di violenza e due operatrici dello stesso servizio, indicato quale servizio di buone prassi nell'organizzazione (Tab. 16).

Tabella 16. Organizzazione 3- Azienda ospedaliera: partecipanti e metodo di raccolta				
		Ruolo Organizzativo		Metodo di raccolta
1	M	Manageriale	Referente Progetti Multiculturalità	Intervista faccia a faccia
2	F	Manageriale	Responsabile Ufficio URP	
3	M	Manageriale	Direzione Sanitaria – Rischio Clinico	
4	F	Manageriale	Staff della Direzione Sanitaria – Rischio Clinico	Intervista faccia a faccia
5	M	Manageriale	Staff della Direzione Sanitaria	
6	M	Referente Progetto CC	Radiologia- cure domiciliari	Intervista faccia a faccia
7	F	Middle Management	Responsabile Servizio – Pronto Soccorso	Intervista faccia a faccia
8	F	Professionale/operativo	Ostetrica	Intervista faccia a faccia
9	F	Professionale/operativo	Psicologa	

7.2 Livello manageriale

Sono presentati i risultati delle interviste svolte con diverse figure del livello manageriale. Le interviste sono state svolte individualmente, o in piccolo gruppo, a seconda delle richieste dei partecipanti. Inizialmente sono state intervistate due figure appartenenti al servizio URP (Ufficio Relazioni con il pubblico) che hanno coordinato progetti CC e dove è centralizzata la gestione del servizio di mediazione culturale. Successivamente è stata svolta un'intervista individuale con un professionista che in passato aveva coordinato progetti CC in azienda ed infine, è stata realizzata un'intervista di gruppo con altre 3 figure manageriali che hanno partecipato e promosso progetti CC o sono appartenenti al presidio ospedaliero con un maggior numero di accessi di persone straniere.

7.2.1 Commitment organizzativo e principi a sostegno della CC e sensibilità alle differenze

7.2.1.1 Priorità attribuita alla CC, leadership, piano strategico

Gli intervistati riconoscono un'attenzione dell'organizzazione al tema della salute dell'utenza straniera espressa attraverso le attività svolte riguardanti la mediazione culturale, formalizzate anche nell'atto aziendale e il commitment dei responsabili delle attività CC. Mentre alcuni valorizzano il ruolo di "apripista" dell'azienda nell'implementazione di strategie CC (es. mediazione culturale negli anni '90), un intervistato richiama il passato impegno delle Direzioni Generali.

C'era quella che si chiamava una volta, forte motivazione ideologica, erano due direttori generali, erano persone sensate che avevano preso atto che la migrazione era una questione sulla quale aveva senso lavorare (I.6)

Gli interventi sviluppati per rispondere ai bisogni diversi sono "centralizzati" all'interno dell'Ufficio relazioni con il pubblico dove sono coordinate da una figura dedicata, che svolge tra le altre attività di competenza, anche progetti per la salute delle persone straniere e sulla "multiculturalità", recentemente in modo più formalizzato, con un ruolo di coordinamento su un progetto Regionale. Sempre all'interno dell'Urp è coordinato il servizio di mediazione culturale, che ha un coordinatore aziendale. Esiste una collaborazione con la Direzione sanitaria (Area Rischio Clinico) su specifici progetti, la quale ha un ruolo chiave per il coordinamento nazionale e regionale sui temi della CC tramite reti istituzionali. In passato, erano state riconosciute delle quote tempo ad un professionista che aveva contribuito a sviluppare i primi interventi CC in azienda. In termini di pianificazione strategica, nell'attuale *sistema obiettivi*, è inserito un progetto specifico sull'implementazione di una procedura per il consenso informato per le persone con limitate competenze linguistiche.

Alcuni sottolineano la presenza di una cultura diffusa a tutti i livelli dell'organizzazione. In particolare, i presidi ospedalieri con maggior prevalenza di utenza straniera e quelli legati alla salute femminile vengono riconosciuti come culturalmente più sensibili al tema della salute degli stranieri.

Nell'atto aziendale è esplicita la funzione della mediazione culturale con questo scopo, e poi nel sistema obbiettivi abbiamo di volta in volta obbiettivi che servono per rafforzare questa mission, in particolare è stato oggetto del sistema obbiettivi quella scheda per il consenso informato multilingue proprio è diventata, non è stata un'iniziativa nostra, è diventata un'iniziativa dell'azienda che nel proprio sistema obbiettivo ha definito questo come obbiettivo aziendale... Di più c'è un'attenzione che credo abbastanza sviluppata in tutti professionisti dell'azienda verso questi temi, che poi con i nostri ruoli, direzione sanitaria, e come ho detto prima gli uffici di relazione con il pubblico... (I.3)

7.2.1.2 Significati attribuiti alla CC: approccio alla diversità e approccio strategico e professionale

Diversità e problemi di salute dei migranti

Nel corso delle interviste i discorsi richiamano da una parte la diversità culturale e linguistica, e di status migratorio (migranti irregolari, richiedenti asilo), dall'altra la diversità religiosa (non collegata unicamente alle persone straniere) come fattori che determinano e definiscono i bisogni di salute delle persone. Gli intervistati fanno anche riferimento ai problemi della salute della donna, in relazione alla percezione di una maggior prevalenza di accesso ai servizi relativi alla salute riproduttiva e femminile e all'aumento di accessi di donne e minori richiedenti asilo "nigeriane". Solo un intervistato parla specificatamente di "disuguaglianze d'accesso" per le persone di origine straniera, percepite come un problema sanitario comune per le fasce di "fragilità sociale", ma più accentuato per chi è di origine "diversa". Le persone di origine cinese avrebbero, inoltre, maggiori difficoltà nell'accedere ai servizi, raggiungendo, come in alcuni casi riferiti, i servizi solo quando la patologia è in stato avanzato.

Si discute dell'impatto della diversità nella relazione clinica e della difficoltà degli operatori nella gestione delle prescrizioni mediche o delle "differenze" nell'uso dei servizi in base alle diverse rappresentazioni della salute e della malattia, con esempi riferiti alle persone di origine Rom o di religione musulmana.

Quindi noi spesso facciamo il passaggio religione partendo da un discorso di provenienza geografica perché se tu sei magrebino automaticamente qualcuno si chiederà se sei musulmano, ma se sei rumeno a nessuno viene in mente di chiederti se sei musulmano, quando invece c'è un 10% della popolazione rumena che è musulmana, ok? (I.2)

C'è chi descrive come l'aumento della popolazione straniera abbia inizialmente messo in crisi gli operatori del front-office per la diversità culturale e condizioni di salute percepite come "non comuni" (*"erano semplicemente malattie che non eravamo più abituati a vedere"*).

La diversità nell'assistenza è inoltre collegata sia alla barriera linguistica che a condizioni di vulnerabilità sociale. Il problema linguistico appare una difficoltà a cui rispondere sia per i nuovi gruppi (donne nigeriane), sia per quelli considerati più integrati, poiché sempre più frequentemente persone di origine straniera, residenti all'estero, si rivolgono ai servizi attraverso le reti familiari. I bisogni di salute sono percepiti come più complessi per le donne per la minore rete sociale o per condizioni di salute più a rischio o per condizioni di particolare vulnerabilità

legata alla violenza per le donne richiedenti asilo. Maggior complessità per la presa in carico e per l'accesso si riscontra per le persone irregolari, per le complesse procedure per il rimborso dei ricoveri.

Approccio strategico e alla pratica clinica

Gli sforzi dell'organizzazione sono presentati attraverso i concetti della "multiculturalità" e "multireligiosità". In particolare, investire nelle attività "multiculturali" sembra ricondotto al valore dell'integrazione sociale, più volte ripetuto nel corso delle interviste, e all'idea di costruire nell'ospedale un ambiente e un'immagine di convivenza della diversità religiosa e culturale. Seguendo anche la logica dell'efficienza, l'obiettivo è dare risposte uniche e specifiche per tutti i "tipi di differenze culturali o religiose".

Un intervistato definisce l'approccio sviluppato come un orientamento all'equità, concepito come nel modello proposto dalla rete internazionale HPH- Health promoting hospitals¹⁶ basato inoltre sul principio dell'integrazione tra il principio dell'autodeterminazione e il diritto alla salute per le persone straniere.

Uno è quello dell'integrazione del principio di autodeterminazione con il diritto alla salute e l'altro è proprio quello dell'equità in sé e per sé che abbiamo seguito, di tutti gli aspetti dell'equità come da gruppo internazionale, lo specifico nostro è stato questo, l'integrazione del diritto dell'autodeterminazione con il diritto alla salute....si sì, tutte le sfaccettature che poi si traducono anche nel modello x, y, z ma partono dalla logica di consentire a tutti anche ai migranti di autodeterminarsi, questo no, quindi i due punti di vista, e poi la logica dell'equità in tutti gli aspetti aziendali, interaziendali, regionali, sono i due specifici poi ci sono le singole iniziative però gli assi su cui ci siamo mossi sono quelli. (I.3)

Altri richiamano il concetto di "umanizzazione" o di "medicina delle migrazioni", descrivendo quest'ultima come un approccio che pone al centro la relazione con il paziente (*"in realtà è una medicina di relazione.. il problema è capire che cosa hanno"*). Quando si parla di pratica clinica e di assistenza alle persone di origine straniera, un intervistato sottolinea l'importanza del riconoscimento delle differenze culturali, enfatizzando lo sviluppo di un atteggiamento di apertura nei confronti della diversità culturale, a partire dalla comprensione della cultura come dimensione alla base del comportamento.

¹⁶ Il progetto e la rete degli Ospedali e dei Servizi Sanitari che Promuovono Salute (HPH & HS) sono stati istituiti dall'OMS con l'obiettivo di introdurre i principi, i valori, le strategie e gli standard della promozione della salute nella programmazione e gestione delle strutture ospedaliere e sanitarie. La HPH&HS si configura come una "rete di reti" composta da reti nazionali e regionali presenti in oltre 40 Paesi. L'Italia ha una propria Rete HPH della quale fanno parte attualmente 12 reti regionali, compresa quella del Piemonte. <https://www.dors.it/page.php?idarticolo=258>

7.2.1.2 Le strategie di implementazione di cambiamenti organizzativi: strategie di planning e monitoring di CC

Quali strategie alla base dello sviluppo di pianificazione e monitoraggio di interventi CC in azienda sono citate l'attività di raccolta dati sugli accessi, lo sviluppo di ricerche *ad hoc* su processi assistenziali e la gestione amministrativa del servizio di mediazione che ha richiesto recentemente l'apertura di un nuovo capitolato di gara.

Come attività di monitoraggio dei bisogni all'interno dei servizi, uno dei presidi ospedalieri dell'azienda raccoglie dati sulle degenze analizzando sistematicamente i dati anagrafici relativi alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero (cittadinanza e residenza), mentre per pianificare interventi CC si cita la possibilità di sviluppare "indagine specifiche" a supporto della pianificazione o progettazione di interventi, come funzione collegata all'URP.

7.2.1.3 Le strategie al sostegno della partecipazione dell'utenza e della comunità

Le strategie di partecipazione che riguardano l'utenza straniera sono descritte come un'attività non ancora strutturale e centrale. Il tema della partecipazione riguarda la co-progettazione di interventi con rappresentanti religiosi, la valutazione dei servizi da parte dell'utenza o da parte di associazioni di pazienti e la collaborazione con le associazioni di volontariato.

La partecipazione alla progettazione e pianificazione dei servizi delle persone di origine straniera o dell'associazionismo appare un'attività strutturata sul tema della multireligiosità, attraverso il protocollo di intesa con i Rappresentanti Religiosi del comitato cittadino interfedi. Quali strutture organizzative a favore della partecipazione dell'utenza vengono citate la "conferenza di partecipazione", il coordinamento con le associazioni di volontariato e l'analisi dei reclami svolti dall'Ufficio URP. L'azienda, in aggiunta, ha partecipato in modo strutturale agli audit civici svolti da associazioni (Cittadinanza Attiva, Tribunale del Malato). Pur non avendo un focus specifico sui temi CC, sia l'analisi dei reclami che la partecipazione ad audit civici sono considerati strumenti per l'avvio di pratiche innovative, in un'ottica multiculturale.

Diciamo che tutte queste iniziative partono alla base su richieste dei servizi direttamente, dall'analisi dei reclami perché comunque l'ufficio relazioni con il pubblico tra le varie attività core, core business, c'è proprio anche la raccolta dei reclami. (I.2)

Riguardo alla composizione delle associazioni di volontariato che collaborano in azienda, si descrive quale sviluppo positivo al sostegno all'integrazione sociale nell'ospedale, il recente protocollo di intesa stipulato con un'associazione di giovani di religione islamica per svolgere attività di volontariato e animazione in alcuni reparti ospedalieri.

7.2.2 Le pratiche nell'erogazione dei servizi e nella promozione della salute

L'organizzazione ha sviluppato pratiche volte alla riduzione della barriera linguistica e culturale e al rispetto della diversità religiosa. Per migliorare la qualità dell'assistenza e rispondere ai "diversi bisogni" ha sviluppato pratiche su due assi: pratiche di sviluppo dei processi e strutture interne e pratiche di partecipazione quali la collaborazione con i rappresentanti religiosi e le

collaborazioni interorganizzative a livello regionale e nazionale e internazionale, come rappresentati in Tab. 17.

Tabella 17. Sintesi delle pratiche CC sviluppate	
Le pratiche nell'erogazione dei servizi e nella promozione della salute	
1.	Mediazione culturale e riduzione della barriera linguistica-culturale
a.	Traduzione Materiale scritto
b.	Traduzione Materiale sonoro
c.	Consenso informato
2.	Triage multiculturale
3.	Formazione
4.	Alimentazione
a.	Menù Halāl
b.	Certificazione Halāl
c.	Menù multireligioso
Le pratiche di partecipazione e collaborazioni interorganizzative nella comunità	
1.	Tavolo di consultazione rappresentanti religiosi
a.	Regolamento pulizia mortuaria
b.	Alimentazione
c.	Stanza del silenzio
d.	Mediazione Trapianti
2.	Pratiche Outreach: Intervento di alfabetizzazione sanitaria
3.	Partnership con stakeholder locali per ricerca
4.	Partnership con reti nazionali internazionali Cooperazione internazionale

7.2.2.1 Le pratiche di sviluppo dei processi e strutture “interne”

La mediazione culturale e la riduzione della barriera linguistico-culturale

La mediazione culturale, presente tramite appalto ad una cooperativa, è presentata come la pratica centrale e storica dell'organizzazione attraverso cui si sono sviluppati diversi progetti negli anni. In particolare, un intervistato cita, quale punto di svolta, la partecipazione ad un progetto nazionale (coordinato dall'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà - INMP) finalizzato alla formazione e all'inserimento nei servizi della figura del mediatore.

Attualmente, l'azienda ha strutturato un servizio di mediazione con presenza fissa dei mediatori per le lingue prevalenti (araba, albanese, cinese e russa) in due presidi ospedalieri, e a chiamata per quelle meno diffuse. Con l'ultima gara d'appalto è stata richiesta anche la mediazione di lingua nigeriana. I mediatori culturali svolgono diverse funzioni in azienda: sono coinvolti in esperienze formative, in attività di traduzione di materiale scritto, in parte inserito sul sito aziendale, e sonoro – es. istruzioni per l'uso di alcuni macchinari - e nella pratica clinica (vedi

par. successivo). Un'intervistata sottolinea la funzione di intermediazione per le pratiche relative al rilascio della tessera STP, in aggiunta alla funzione di supporto alla comprensione culturale e linguistica, definendo la mediazione come un'attività socio-culturale:

Si chiama mediazione socio-culturale perché mediano tra la struttura ospedaliera, le leggi italiane, la prefettura e mediano con gli assistenti sociali, mediano tutta una serie di istituzioni perché spesso se viene qui una persona che non ha il permesso di soggiorno, che comunque va curata, media anche con gli assistenti sociali con la prefettura ecc in modalità operative su come fare e come fare a incanalare in un percorso legale, riconosciuto dallo stato italiano, il percorso di cura. (I.1)

Un altro intervistato, invece, mette in evidenza il rischio di un coinvolgimento marginale del mediatore per la qualità della presa in carico e la necessità di considerare il suo ruolo come parte integrante dell'équipe.

Quando discuti il caso di un paziente migrante, straniero, lì ci deve essere il mediatore culturale, deve fare parte dello staff con i medici, è inutile che viene chiamato in maniera spuria, quando i giochi sono fatti, e gli metti in mano una cosa di cui lui non sa assolutamente che cosa sia...per cui la mia lotta, la nostra lotta forte era quella di fare in modo che i mediatori culturali venissero riconosciuti professionisti. (I.6)

Sono emerse anche alcune criticità collegate al servizio di mediazione: da una parte alcuni hanno messo in evidenza una difficoltà nel coprire il fabbisogno dei servizi, dall'altra un intervistato rileva una criticità nell'esternalizzazione del servizio di mediazione che non pare del tutto tutelarne la qualità, e si cita il tentativo fallito di istituzionalizzazione del mediatore come personale interno dell'azienda, nonostante lo sviluppo di un'attività di analisi per raccogliere evidenze sull'efficacia della mediazione.

Consenso informato e triage multiculturale in Pronto-Soccorso

Sono in corso di implementazione le pratiche sviluppate riguardanti il consenso informato, per le persone con particolari bisogni linguistici, tema su cui l'azienda aveva investito in passato. Il progetto attuale nasce da accordi fra AGENAS, Cittadinanza attiva e Ministero Della Salute, per i progetti di Empowerment, e su iniziativa Regionale.

L'azienda ha sviluppato alcuni moduli specifici di consenso informato, previsto il coinvolgimento del mediatore linguistico culturale al processo clinico e una fase di monitoraggio.

Inoltre, a seguito di una formazione con gli operatori del pronto soccorso, e su richiesta dei mediatori dell'azienda, si sta lavorando all'implementazione dell'uso di materiale multilingua costruito ad-hoc per il triage, per la quale si prevede di attuare una fase di sperimentazione e, in accordo con le Direzioni, di estendere l'adozione dello strumento a tutta l'azienda.

Formazione

La formazione per sviluppare competenze culturali per il personale viene presentata come una pratica altamente istituzionalizzata e richiesta. Negli ultimi tre anni è stato attivato un corso di formazione rivolto al personale di tutta l'azienda con l'obiettivo di sviluppare conoscenze sui

servizi relativi alla mediazione culturale, sull'approccio multiculturale e sul ruolo della cultura per la salute e la malattia, attraverso una metodologia esperienziale.

La cosa che mi piace, è che vabbè ci sono molte simulazioni, molte cose carine, e noi li facciamo mangiare nel senso che lavoriamo molto sul riflettere sulle differenze culturali, non soltanto rispetto ai paesi di provenienza degli stranieri, ma anche sulle nostre differenze culturali, perché molti si aspettano di uscire da quel corso con una cassetta degli attrezzi e invece escono con più domande di quando sono entrati... (I.2)

Le pratiche sembrano fare riferimento in modo compresente ad un approccio categoriale e "cross-culturale". Mentre la formazione aziendale ha lo scopo di sviluppare competenze riflessive sulla differenza culturale ("non ci sono cassette degli attrezzi"), si citano altre esperienze formative *ad hoc* (una per operatori del P.S, una per i servizi legati alla salute della donna) che hanno coinvolto i mediatori culturali in qualità di formatori, con l'obiettivo di "illustrare quali possono essere le esigenze delle varie culture e dei pazienti" e di descrivere le diverse modalità di accesso e le diverse rappresentazioni culturali legate alla salute.

L'alimentazione multiculturale

C'è un attuale investimento relativo all'alimentazione in un'ottica multiculturale, in continuità con un passato progetto di ricerca. Attualmente, il coordinamento sul progetto alimentazione non è solo aziendale, ma si sviluppa anche a livello Regionale. È finalizzato alla produzione di linee-guida sugli alimenti prescritti nei diversi gruppi religiosi e alla proposta nelle mense ospedaliere di un menù multi-etnico e multireligioso. Quest'ultimo è stato pensato, in seguito ad un'analisi di buone pratiche, come un menù fruibile da tutta l'utenza, dal quale sono stati esclusi tutti gli alimenti proibiti nei diversi credo religiosi, in un'ottica di efficienza ed integrazione sociale. Attualmente l'azienda prevede un menu *ḥalāl*, ma si riconosce la difficoltà di proporre menù personalizzati da parte del personale ospedaliero. È in corso di valutazione lo sviluppo di un marchio *ḥalāl*, che potrebbe da una parte rendere più accettabile il menù all'utenza, assicurandone la validità del prodotto, dall'altra favorire un'immagine positiva presso gli investitori internazionali (si fa riferimento al TIEF, forum di economia islamica che potrebbero essere coinvolti nella futura riorganizzazione aziendale).

7.2.2.2 Pratiche di partecipazione e collaborazioni interorganizzative nella comunità

Pratiche di partecipazione

Solo un intervistato parla di attività di *outreach* di promozione della salute (un passato progetto di alfabetizzazione sanitaria, organizzato con i mediatori culturali e alla presenza dei "community leader", su alcuni temi della prevenzione), mentre più strutturali sembrano le attività relative alla partecipazione dei rappresentanti religiosi e alle collaborazioni con altre organizzazioni per svolgere attività di ricerca.

Riguardo alle attività relative alla partecipazione dei rappresentanti religiosi, sono state sviluppate alcune pratiche di consultazione e co-produzione. Si è creato un tavolo di "interlocuzione" che si riunisce una/due volte l'anno per raccogliere bisogni e domande di

innovazione sui servizi. La rete è pensata anche per diffondere alcune delle iniziative sviluppate (vedi progetto alimentazione). Come attività legate alla partecipazione dei rappresentanti religiosi sono state sviluppate: a) l'assistenza spirituale, b) la costruzione di un luogo di preghiera multireligioso e c) la revisione del regolamento di pulizia mortuaria in ottica di sensibilità ai diversi credo.

L'assistenza spirituale "multireligiosa". Il servizio di assistenza spirituale "multireligioso" è nato in seguito alla partecipazione ad un Audit Civico. È stato redatto un protocollo di intesa con i rappresentanti religiosi di alcune religioni definite sulla base di alcuni criteri (n° popolazione e riconoscimento da parte dello Stato Italiano) per garantire il diritto all'assistenza spirituale. Si valorizza, l'utilizzo del servizio da parte degli operatori che fanno riferimento ai rappresentati religiosi in caso di conflitti e che assumono una funzione non solo di assistenza spirituale ma anche di "mediazione religiosa".

Quello che per noi è stata una risposta invece molto importante è stata da parte degli operatori sanitari perché molti operatori sanitari non sapevano come mediare su alcune posizioni di conflitto tra i regolamenti sanitari e le richieste dei pazienti, cioè un paziente musulmano che ti dice che vuol rispettare il ramadan e non vuole assumere la terapia orale durante il giorno è molto complessa come gestione..(I.2)

Stanza del silenzio. Si valorizza la creazione della stanza del silenzio, cioè un luogo di preghiera adatto per tutte le religioni, descritto come un locale neutro, privo di simboli religiosi e di "rispetto reciproco e silenzio". Il setting è stato deciso a seguito di una consultazione, svolta in via preliminare con ogni rappresentante religioso attraverso l'uso dell'intervista e del questionario.

Regolamento della pulizia mortuaria. Un'ulteriore pratica descritta di "mediazione religiosa" ha riguardato il regolamento della pulizia mortuaria, sviluppato per rispondere ai problemi riscontrati per le differenze religiose nella gestione della salma. Sono state create schede di integrazione al regolamento di pulizia mortuaria con la direzione sanitaria con il coinvolgimento dei rappresentanti religiosi "*un grosso lavoro di mediazione tra le regole e le prescrizioni normative e le regole religiose*". Fra i benefici riconosciuti si sottolinea la possibilità di permettere, secondo politiche aziendali, la partecipazione dei familiari o di personale esterno alla preparazione della salma secondo i diversi credo.

Mentre si valorizza la collaborazione come chiave per sviluppare interventi CC, un tema presentato da alcuni intervistati riguarda le difficoltà di gestire e negoziare le diverse istanze portate dai rappresentati religiosi ("*è stato un lavoro certosino e complicato*").

Pratiche di collaborazione interorganizzative (nella comunità, nazionali, internazionali)

Vengono valorizzate le collaborazioni con altre organizzazioni come strumento di innovazione e sostegno in termini di risorse. In particolare, l'azienda ha consolidato un rapporto di collaborazione con due associazioni impegnate sul tema dei diritti della salute delle persone straniera e con alcuni dipartimenti universitari per svolgere attività di ricerca e formazione attraverso convenzioni e protocolli d'intesa. Tramite queste collaborazioni sono stati sviluppati i progetti sul consenso informato e sull'alimentazione.

L'azienda ha sviluppato un'attività di collaborazione con la rete internazionale HPH, partecipando a gruppi di lavoro dedicati sul tema dell'equità per i migranti. In particolare, si cita l'esperienza di formazione e *assessment* sull'equità nei servizi sanitari che ha facilitato una visione complessiva delle pratiche implementate e il rafforzamento dei rapporti con fra gli attori organizzativi dell'azienda impegnati sulla CC. Inoltre, un intervistato cita le attività di cooperazione internazionale sanitaria quale esempio di pratiche volte a favorire l'accesso alle cure a persone provenienti da Paesi esteri.

7.2.3 Supporto organizzativo all'implementazione di pratiche di CC e di equità

Il coordinamento a supporto delle pratiche CC in azienda è descritto come un sistema informale di raccolta di bisogni espressi da parte dei singoli professionisti o da organizzazioni esterne.

Non sono avvertite particolari resistenze al cambiamento; anzi, gli intervistati fanno riferimento alla motivazione del personale rispetto alle tematiche della multiculturalità. In particolare, per facilitare l'implementazione delle pratiche, si ritiene utile la connessione con persone "sensibili" nei servizi. Si riconosce, inoltre il ruolo del supporto delle Direzioni per l'implementazione e innovazione.

Si quando c'è il bisogno di mettere in piedi un percorso, poi comunque ti rivolgi alle persone che sono più ricettive, anche la direzione generale, quando abbiamo direttori generali ricettivi i progetti vanno avanti più facilmente, per esempio in questo periodo...sì, era rigido lui, poi il riferimento politico non vuol dire niente, il progetto Pass lo ha finanziato Maroni, più leghista (I.2)

Alcune pratiche CC sono diffuse nei servizi con un sistema a "cascata" (es. lettera ai direttori di struttura sul progetto del consenso informato) anche se si riconoscono possibili barriere legate alle dimensioni organizzative. Per altri interventi (i.e marchio Halāl) si sta progettando una ricerca per valutare la percezione di tale strategia fra il personale dell'azienda e possibili stakeholder, poiché si percepisce il rischio di polemiche sui media e conseguenze negative in termini di immagine interna ed esterna.

Al momento attuale sono riportate alcune criticità al supporto della CC nell'organizzazione che riguardano da una parte le risorse economiche destinate alla mediazione culturale e, in generale, agli interventi sul tema CC, dall'altra le risorse in termini di personale dedicato al coordinamento sugli interventi CC. Emerge, quindi, il bisogno di maggior supporto per coordinare i progetti e per dare sistematicità agli interventi. Alcuni hanno sottolineato come uno sviluppo di attività di monitoraggio e valutazione secondo standard definiti possa essere utile alla progettazione - per mettere a sistema pratiche implementate già in modo informale- o, per altri, come forma di certificazione (pubblica) al fine di stimolare il commitment organizzativo.

Adesso negli ultimi anni abbiamo di nuovo una riduzione del 10%, quindi è difficile, loro fanno il miracolo... Il problema è che, io prima quando parlavo della struttura intendevo sarebbe bello se ci fossero delle persone dedicate che si occupano solo di quello, il limite sarebbe che poi magari rischiamo di confinare tutto quanto e di non portare avanti le cose, perché ovviamente

ognuno si occupa di tante altre cose....se ci fossero delle risorse in più si potrebbero fare ancora più progetti...io per alcuni progetti mi devo anche appoggiare ad una fondazione esterna (I.2)

7.2.4 Il sistema regionale e il contesto sociale e politico

I partecipanti citano aspetti positivi e di criticità in relazione al ruolo delle politiche regionali nell'implementazione di pratiche CC e alla dimensione politica legata al tema dell'immigrazione.

Viene valorizzato l'impegno della Regione espresso nel mandato dato all'Azienda di coordinare l'implementazione di pratiche sul tema dell'alimentazione multiculturale e dell'assistenza religiosa in tutta la Regione e nella redazione di una "Guida ai Servizi per Migranti" (2016-2017) per gli operatori socio-sanitari, a cui l'azienda ha collaborato attraverso la consulenza di un ex dipendente. Un altro intervistato riconosce un passato impegno della Regione per rispondere al problema delle disuguaglianze non mantenuto nel tempo.

Ci sono stati dei tentativi, anche forti, da parte della amministrazione per ridurre le disuguaglianze di accesso, che spesso non hanno dato i risultati che uno sperava, i centri ISI sono nati per ridurre la disuguaglianza perché nascono come centri clinici di appoggio sanitario..è sempre il limite italiano.. in questo momento sono stati depauperati di ogni tipo di risorsa (I.6)

Il collegamento con il sistema regionale è risultato importante, in passato, per implementare alcuni progetti in azienda e si descrive lo sforzo di advocacy, attraverso i dati, per ottenere risorse. Ma una barriera riguarda la dipendenza del commitment delle direzioni generali dall'orientamento politico in Regione e si riporta la passata interruzione al coordinamento sulle attività CC in seguito a cambiamenti politici negli assessorati regionali. Altri intervistati parlano invece del rischio delle polemiche secondo la logica del "favoritismo" che possono sorgere nell'implementazione di interventi che riguardano la CC e le persone straniere.

L'ospedale di Lodi aveva fatto delle agevolazioni per i pazienti arabi...con polemiche...perché loro hanno questo trattamento di favore mentre cioè...gliel'ho inviato apposta.. (I.1)

7.3 Livello del Servizio: il contesto

Sono qui presentati i dati raccolti attraverso le interviste a parte del servizio del pronto soccorso per le vittime di violenza, indicato come contesto di buone pratiche CC all'interno dell'azienda. Il servizio offre assistenza sanitaria, psicologica, sociale, a donne e ragazze che hanno subito violenza sessuale e/o maltrattamenti in gravidanza. L'accesso può avvenire in modo diretto tramite pronto soccorso o su invio da parte di altre Istituzioni o Servizi sanitari. L'équipe è costituita da ostetriche, medici ostetrico/ginecologi, infermiera, assistente sociale, psicologhe.

La sede del servizio è collocata in un comune con una popolazione straniera residente di oltre 130 000 persone. Le prime 5 nazionalità maggiormente rappresentate sul totale della popolazione residente erano al momento: Romania, Marocco, Perù, Cina, Albania.

7.4 Livello middle management

Sono di seguito presentati i risultati raccolti tramite intervista faccia-a-faccia svolta con il Responsabile del servizio, suddivisi nelle 4 sezioni principali evidenziate.

7.4.1 Commitment organizzativo e principi a sostegno della CC e sensibilità alle differenze

7.4.1.1 Priorità attribuita alla CC, leadership, piano strategico

Si riconosce all'azienda una sensibilità e un investimento per rispondere ai bisogni delle persone di origine straniera espresso attraverso la presenza della mediazione culturale, mentre non sono evidenti strutture formalizzate di coordinamento sul tema o piani strategici definiti. Quale recente politica aziendale si citano le procedure per il riconoscimento della minore età per gli stranieri richiedenti asilo.

Il servizio, da sempre a contatto con un'alta percentuale di utenza straniera e attento all'uso della mediazione, ha sviluppato recentemente un impegno specifico al tema della salute degli stranieri occupandosi della presa in carico delle persone vittima di tortura e della tratta richiedenti asilo. Tale impegno viene portato avanti anche a livello regionale, grazie al ruolo di coordinamento regionale sul tema della violenza. All'interno dell'organizzazione il servizio viene descritto come avente un ruolo di "sensibilizzatore", ovvero di esempio e di diffusione di una cultura sensibile ai temi della salute delle persone di origine straniera.

7.4.1.2 Significati attribuiti alla CC: approccio alla diversità e approccio strategico e professionale

Diversità e problemi di salute dei migranti

Nel corso dell'intervista è raccontato come negli ultimi anni, con il cambiamento dei flussi migratori, sia aumentata la percentuale di persone con un percorso di richiesta di asilo, mentre in modo stabile ci sia un'alta presenza di donne straniere (quasi la metà delle prese in carico), di cui in maggioranza donne della "comunità" rumena. Si differenzia, quindi, fra utenza italiana, "straniera" e "migrante", richiedente asilo, quest'ultima percepita come differente per gli specifici problemi di salute relativi all'esperienza migratoria, alle torture o al fenomeno della tratta.

Anche di vissuti traumatici che non è che le donne vittime di violenza non migranti non abbiano, ma non hanno di quella portata lì, soprattutto nell'ambito della tortura (I.7)

La diversità culturale e linguistica sono dimensioni richiamate per descrivere i bisogni particolari delle persone di origine straniera e le difficoltà della pratica clinica. La differenza linguistica sembra percepita come il problema più evidente e grave, in assenza della mediazione linguistica per la comunicazione medico-paziente. Un problema specifico riscontrato legato alla condizione migratoria è la "mobilità" di alcune donne che nel corso del tempo possono cambiare città o regione rendendo la presa in carico più complessa. Non è fatto riferimento ad ulteriori fattori di differenza nella presa in carico (riferendosi ai dati raccolti dal servizio) e si sottolineano le difficoltà riscontrate per le donne italiane che hanno problematiche sociali.

Approccio strategico e alla pratica clinica

Nel descrivere le pratiche professionali e del servizio vengono esplicitati alcuni valori chiave che possono rendere il servizio capace di rispondere ai bisogni di salute delle persone straniere in un'ottica di equità. L'approccio delineato sembra richiamare, facendo appello ai valori del SSN, i principi dell'universalismo e della non discriminazione, ponendo al centro il concetto di persona, *indipendentemente* dalle appartenenze sociali. L'approccio strategico è descritto secondo una prospettiva multilivello che parte dai valori professionali della non-discriminazione per prendere in considerazione il supporto organizzativo fornito dalla mediazione culturale e dell'équipe interdisciplinare e quello fornito dalla rete con il territorio e i servizi di base (vedi prossimo paragrafo).

Il punto chiave fondamentale è l'accoglienza. Cioè essere capaci di accogliere qualsiasi persona, indipendentemente da come è fatta e dal colore della pelle. Uno, due la capacità di avere una buona rete di base, di supporto, che parte da dentro il posto di lavoro quindi appunto come avevamo detto con la mediazione, con gente che si occupa in maniera specifica di aiutare dal punto di vista linguistico a parlare della propria salute. Tre, il fatto di aver una buona rete territoriale. (I.7)

L'approccio alla pratica clinica sembra fondarsi, in primis, sul riconoscimento della violenza e maltrattamento come un tema sanitario e sulla capacità di riconoscere gli indicatori di tratta. In

particolare, per le persone di origine straniera, la pratica clinica si fonda sull'assenza di stereotipi e sulla conoscenza culturale e di provenienza delle persone afferenti al servizio. Al centro dei valori che sostengono la pratica clinica sembra esserci la sensibilità agli aspetti traumatici legati alla violenza fisica che configurano l'atto medico e sanitario simbolicamente come un atto di cura e accudimento *“anche perché abbiamo il bisogno di restituire un po' l'integrità fisica, soprattutto l'integrità in chi è violata, l'integrità fisica generale, non solo genitale”*.

7.4.1.3 Le strategie di implementazione di cambiamenti organizzativi: strategie di planning e monitoring

Riguardo alle strategie di pianificazione e monitoraggio, come attività utile a monitorare l'andamento del servizio, si è sviluppata una pratica di raccolta e analisi dei dati, svolta da una delle ostetriche, sugli accessi e sull'analisi delle cartelle, attraverso la quale viene registrata la provenienza delle donne. L'analisi dei dati viene considerata importante, inoltre, ai fini dell'attività di ricerca, di pubblicazione e di formazione.

7.4.1.4 Le strategie al sostegno della partecipazione dell'utenza e della comunità

La partecipazione è intesa come collaborazione e creazione di relazioni di scambio e supporto con le organizzazioni e istituzioni del territorio negli ambiti sanitario, sociale e della giustizia. La partecipazione così concepita è considerata elemento costitutivo dell'organizzazione del servizio capace di aumentare la capacità della presa in carico da parte dei servizi e del singolo operatore. Infatti, il tema della salute delle persone straniere e della violenza sembra richiedere, per un'efficacia della risposta, la collaborazione fra più organizzazioni.

È un puzzle, tutte le tessere a un certo punto andranno, no a formare un disegno, ma se tu queste tessere non le colleghi mai, come fai a formare sto benedetto puzzle? Non ce la fai, e poi è un lavoro che non si fa da soli eh, mai, mai, non è possibile farlo da soli. Però ti aiuta [la rete] in questo no, senno sei solo, io credo che questo preciso argomento: violenza, maltrattamento e migrazione, ma in generale sulle donne straniere, in generale, è la mancata collaborazione che crea i danni. (I.7)

7.4.2 Le pratiche nell'erogazione dei servizi e nella promozione della salute

Il servizio svolge la propria attività di assistenza alle donne vittime di violenza attraverso un servizio di reperibilità h24 e un servizio ambulatoriale su appuntamento. Esiste un'équipe “fissa” costituita da alcune figure professionali (ginecologiche, ostetriche, assistente sociale e psicologa) e in aggiunta ulteriori ginecologhe che turnano per la reperibilità h24. Sono sviluppate pratiche organizzative che hanno revisionato processi e strutture interne, pratiche di collaborazione con altri dipartimenti e di collaborazioni interorganizzative, fra le quali alcune specifiche per rispondere ai bisogni sanitari di persone richiedenti asilo (vedi Tab. 18).

7.4.2.1 Le pratiche di sviluppo dei processi e strutture “interne”

Mediazione culturale e materiale tradotto multilingua

L'utilizzo della mediazione durante i colloqui è descritto come pratica centrale e si parla delle mediatrici come parte integrante dell'équipe, anche se disponibili a chiamata facendo riferimento al servizio aziendale. Le mediatrici, oltre ad avere una funzione di supporto nella pratica clinica, hanno svolto attività di formazione e di traduzione del materiale scritto.

Si valorizza l'intervento della mediatrice per la capacità di creare connessioni fra le diverse rappresentazioni culturali e si sottolinea l'importanza della loro formazione specifica per la sensibilità dei temi; per questo si predilige l'intervento di alcune mediatrici che hanno sviluppato esperienza di collaborazione con il servizio.

E però appunto ripeto le mediatrici formate, cioè non ci vuole la mediatrice così, ci vogliono delle mediatrici che siano abituate a parlare di violenze e di maltrattamento che non è semplice, un conto è spiegare che certi esami verranno fatti legati al tipo di violenza e poi secondo me anche riceversi come mediatrice tutta questa descrizione di violenze efferate etc o sei abituata, e non dico che ti fai il callo perché partecipare in parte a quel dolore lì, se no è durissima... (I.7)

Si valorizza la produzione da parte del servizio di materiale multilingue: materiale in lingua di presentazione dei servizi offerti sul *sitoweb* e una *brochure* tradotta in 5 lingue sui sintomi del disturbo post-traumatico, che soprattutto con l'esperienza migratoria possono manifestarsi a distanza di tempo. Il materiale è stato creato a seguito di una formazione (vedi par. successivo) e ha visto la collaborazione congiunta e il “*gran lavoro*” della psicologa del servizio e delle mediatrici.

Tabella 18. Sintesi delle pratiche CC sviluppate

Le pratiche di sviluppo dei processi e strutture “interne”

1. Mediazione culturale
2. Servizio ad accesso programmato per richiedenti asilo
3. Materiale multilingua tradotto presente sul sitoweb aziendale
4. Formazione

Le pratiche di sviluppo di collaborazioni interdipartimentali e integrazione fra i servizi

1. Collaborazioni non formalizzate per l'accesso

Le Pratiche di partecipazione e collaborazioni interorganizzative nella comunità

1. Interventi di alfabetizzazione sanitaria
2. Collaborazioni con Centri d'accoglienza per RTP
3. Collaborazione con Dipartimenti universitari

Accesso Programmato

Il servizio ha sviluppato negli ultimi anni un servizio di accesso e *referral* per le donne richiedenti asilo, funzionale alla richiesta d'asilo, in collaborazione con le istituzioni e

organizzazioni del territorio coinvolte nel sistema dell'accoglienza di rifugiati e richiedenti asilo. L'accesso è programmato sulla base delle segnalazioni provenienti dai centri di accoglienza. Il percorso, che prevede un'iniziale visita di 4 ore effettuata sempre con un mediatore, è finalizzato a raccogliere la storia della violenza e il percorso migratorio e attuare il repertamento di tutte le cicatrici e gli accertamenti medici (es. la visita, il prelievo per le malattie sessualmente trasmissibili *etc*). Generalmente, a seguito della presa in carico, l'assistenza psicologica viene "demandata" ad altre organizzazioni o servizi del territorio.

Si sottolinea come la visita abbia un forte impatto emotivo per le persone e si racconta come nel tempo si sia deciso di cambiare il modo di condurre il colloquio, non chiedendo aspetti della storia traumatici se già raccolti in precedenti occasioni.

Formazione

È data molta importanza alla possibilità di creare esperienze di formazione per le operatrici del servizio, i dipendenti dell'ospedale e occasioni di scambio con gli altri stakeholder. Mensilmente sono organizzati incontri (*riunioni formative di équipe*) con docenti esterni e colleghi della "rete" su tematiche definite, fra le quali sono in programmazione due giornate specificatamente dedicati alla salute delle donne straniere. Nell'anno precedente, in aggiunta, è stato organizzato un corso di formazione per le operatrici del servizio, durante il quale ogni mediatrice (araba, nigeriana, peruviana, cinese) ha affrontato il tema della violenza secondo la propria "cultura di provenienza", le particolarità dei flussi migratori e le caratteristiche geografiche e politiche dei paesi di provenienza.

Cioè noi qua facciamo un sacco di riunioni di équipe e sulla migrazione abbiamo fatto dei lavori molto interessanti con le nostre mediatrici culturali, perché io ho voluto fortemente che tutte le operatrici del centro partecipassero a un corso, che abbiamo organizzato con la mediazione, nella quale ogni mediatrice culturale ci parlasse della violenza nel proprio paese, cioè quali erano gli stereotipi nel proprio paese, quali erano le accettazioni tra virgolette della violenza nel proprio paese per cui abbiamo fatto un lavoro bellissimo. (I.7)

7.4.2.2 Le pratiche di sviluppo di collaborazioni interdipartimentali e integrazione fra i servizi

La collaborazione con altri reparti dell'azienda è descritta come una relazione stabile, finalizzata all'accesso delle pazienti al servizio e alla presa in carico psicologica e sociale, ma non sembrano esserci specificità per il tema della salute delle persone di origine straniera. I reparti e gli altri servizi dell'ospedale hanno un ruolo nel segnalare i casi che necessitano della presa in carico del servizio.

Ci conoscono perché lavoriamo dentro l'azienda e un po' una collaborazione anche costruita nel tempo, perché come dico sempre, quando uno non si occupa quotidianamente di questi argomenti può far paura, allora il fatto di sapere che c'è un centro che in qualche modo ti toglie un po' di castagne dal fuoco, funziona e questo secondo me, no?....eh veniamo chiamati da un reparto, dicendo...c'è una donna migrante in gravidanza che parla di maltrattamenti. (I.7)

7.4.2.3 Le pratiche di partecipazione e collaborazioni interorganizzative nella comunità

Il servizio ha sviluppato un'attività di rete con organizzazioni esterne, mentre le attività di partecipazione dell'utenza di origine straniera o degli stakeholder sembra meno formalizzata. Rispetto a quest'ultimo caso, si riporta la partecipazione del servizio al coordinamento cittadino di associazioni e ulteriori attività di collaborazione con alcune associazioni per i casi presi in carico dal servizio o per alcune attività specifiche (es. finanziamento brochure). Come attività di *outreach* e di promozione della salute, da alcuni anni, su richiesta del CPIA (Centro per l'apprendimento della lingua), personale del servizio svolge una lezione sulla salute femminile durante il corso di insegnamento della lingua italiana.

Il servizio ha sviluppato nel tempo diverse forme di collaborazione con organizzazioni esterne (es. Prefettura, Procura, Forze dell'Ordine, UMS, Centri d'accoglienza, Università), necessarie al coordinamento dell'assistenza medica e sociale delle donne vittime di violenza, della formazione interna al servizio ed esterna, e alla ricerca. In relazione a quest'ultima, si valorizza la collaborazione con alcuni dipartimenti universitari per svolgere attività di ricerca e di formazione universitaria *“far sì che il tema della migrazione, sotto tutte le proprie sfaccettature diventi tema di studio”*.

Un ruolo particolare è attribuito alla collaborazione con i centri di accoglienza o comunità alloggio, costruita attraverso attività di coordinamento, per l'assistenza delle persone richiedenti asilo, poiché il personale delle comunità contribuisce ad identificare e segnalare i casi di donne che necessitano di supporto (*“il ruolo di far emergere il sommerso”*), mette a disposizione il mediatore della comunità per le visite svolte nel servizio e si occupa, dove presente la figura dello psicologo, del supporto psicologico per i casi presi in carico. L'intervento delle mediatrici delle comunità, descritte quale parte dell'*“équipe allargata”*, è valutato positivamente per la preparazione acquisita nel tempo. Se da una parte la collaborazione è attuata, perché sostiene la possibilità di massimizzare e non duplicare l'offerta dei servizi e migliorare la qualità del servizio, dall'altra emerge la difficoltà, definita come una delle maggiori difficoltà nell'implementazione, di sostenere la continuità nell'assistenza.

7.4.3 Supporto organizzativo all'implementazione di pratiche di CC e di equità

La formazione è considerata la pratica per fornire supporto agli operatori ma anche per diffondere sensibilità e sviluppare competenza nell'organizzazione. L'investimento nella formazione che ha supportato lo sviluppo di una competenza specifica nel personale del servizio, insieme alla *“sensibilità”* delle operatrici, sono considerati facilitatori per le pratiche CC del servizio. Una funzione importante è attribuita inoltre alla coesione del gruppo di lavoro, sia interno al servizio che esterno, per ridurre la sensazione di solitudine.

Quale difficoltà nel servizio si riporta il tema del sovraccarico in relazione al numero di accessi programmati, mentre si ritengono barriere alle pratiche CC le possibili resistenze del personale, esito sia di una responsabilità individuale che di carenze nel supporto organizzativo.

Dove non c'è sensibilizzazione, secondo me è un problema più che altro personale, cioè del diverso che fa paura, non so come dire e anche quindi il fatto che se il diverso mi fa paura, io metto una bella barriera, così almeno, cioè non devo neanche star tanto lì perché magari la

persona se ne va, ecco detto proprio francamente, quaeh dove non c'è sensibilità è un po' dura, lì le barriere si formano però mi vien da dire che le barriere si formano anche con le persone italianissime, cioè non c'è necessità di essere migrante... se non hai a disposizione delle persone che ti facciano da filtro come le mediatrici diventa difficilissimo.....è anche la mancata collaborazione che ti fa alzare quel muro di cui parlavamo prima, perché dato che non so dove mandarla io alzo il muro così almeno il problema mi si elimina e sono apposto. (I.7)

La percezione di supporto organizzativo viene associata in modo prevalente alla disponibilità della mediazione culturale e si valorizza quale forma di supporto alla pratica clinica la reperibilità h24 della mediazione culturale; allo stesso tempo si evidenzia il rischio di sovraccarico per le mediatrici (“*le vedi correre*”) dovuto al numero ridotto di personale. Per sostenere le pratiche del servizio si descrive l'importanza di svolgere un'azione di advocacy per coinvolgere le direzioni attraverso la partecipazione alle attività di coordinamento.

7.4.4 Il sistema regionale e il contesto sociale e politico

Il ruolo della Regione è sentito quale facilitatore all'implementazione di pratiche di contrasto alla violenza di genere e alla salute delle persone straniere per la priorità attribuita al tema e per il dispositivo di coordinamento regionale. Si riconosce una particolare attenzione da parte dell'assessorato alle pari opportunità e dai gruppi dedicati nei vari assessorati (gruppo tratta, gruppo sulla migrazione). A supporto dell'azione delle realtà locali nel coordinamento regionale contro la violenza di genere si è lavorato, in prima persona, per includere nel percorso formativo per il personale socio-sanitario di tutta la regione, un gruppo dedicato alla tratta e alla migrazione.

7.5 Livello professionale

Sono presentati i dati raccolti tramite intervista faccia-a-faccia, svolta con due operatrici del servizio, facenti parte dell'équipe fissa del servizio: una psicologa e una ginecologa.

7.5.1 Commitment organizzativo e principi a sostegno della CC e sensibilità alle differenze

7.5.1.1 Priorità attribuita alla CC, leadership, piano strategico

Le intervistate percepiscono differenze nella priorità attribuita alla salute degli stranieri fra il livello manageriale e quello operativo. Riconoscono all'organizzazione un'attenzione a livello formale sul tema della salute degli stranieri e sui temi dell'umanizzazione, ma non sembra esserci la percezione di un impegno costante e visibile, a causa dell'investimento su altre priorità (es. la nuova riorganizzazione aziendale). Le azioni intraprese dall'organizzazione non sono percepite come davvero capaci di incidere sulla pratica clinica o rispondere ai bisogni "diversi", mentre al servizio si riconosce maggior esperienza.

Ci sono un sacco di prodotti di umanizzazione molto friendly, dove ci sono gli artisti che vengono a dipingere. Io sono molto critica... umanizzazione che cosa è? Un fiore alle pareti o il fatto che la persona possa, in un momento di vita che è un ricovero, perché sta partorendo o non sta bene, mangiare del cibo che le vuol dire qualcosa?.....ci sono quella che io chiamo la manovalanza, cioè noi, molto, nel senso che chiunque lavori in questo ospedale sa che la percentuale di persone straniere è altissima e sa che può essere una fatica e che bisognerebbe interrogarsi. (I.8)

7.5.1.2 Significati attribuiti alla CC: approccio alla diversità e approccio strategico e professionale

Diversità e problemi di salute dei migranti

L'alta percentuale di utenza straniera afferente al servizio, e nell'ospedale di riferimento, rende per le intervistate la diversità una dimensione costitutiva della pratica professionale. Le partecipanti distinguono, per i differenti problemi di salute e le modalità di accesso al servizio, fra "stranieri" e "migranti" da una parte, e i richiedenti asilo e rifugiati, provenienti dall'Africa subsahariana, dall'altra. Le intervistate parlano della diversità e del suo impatto sulla pratica clinica e sull'uso dei servizi facendo riferimento a molteplici fattori legati alle "caratteristiche" dell'utenza, ma anche alle pratiche organizzative che possono riprodurre condizioni di limitato accesso.

Vengono riconosciuti alcuni aspetti di disuguaglianze nell'accesso e nell'uso del servizio e particolari barriere d'accesso per le persone di origine cinese (di cui si percepisce una bassissima percentuale di accessi) e barriere d'accesso per le persone richiedenti asilo ai servizi di salute

mentale. Si fa riferimento alla difficoltà di navigare fra i servizi sia per minori livelli di *health literacy*, sia per i vissuti di “spaesamento” dovuti al trauma e alla violenza e alle barriere legali che rendono più complesso l’accesso al SSN. Sono riconosciute differenze in base a dimensioni che richiamano la diversità linguistica, culturale, le condizioni di vita, il vissuto migratorio e l’età, fra le quali la ridotta rete sociale e la solitudine.

Sicuramente adesso mi viene in mente, provo a fare dei capitoli a parte anche se non esistono tanto compartimenti stagni... sicuramente rispetto alla violenza: la storia di vita, il percorso migratorio, la cultura di appartenenza fa molto la differenza rispetto a come le persone accedono qui e a come si relazionano a noi ecco... ehm... c’è in qualche modo, mi viene da pensare, a un nucleo grande, di persone che sono venute qui a lavorare.. mi vengono in mente le donne che sono venute qua a lavorare che poi hanno avuto la ricongiunzione ad esempio con i figli e poi arrivano qua e che per esempio rispetto alla violenza poi davvero dicono spesso solo a noi (I.8)

In aggiunta, per le persone richiedenti asilo, i bisogni di salute sono collegati a condizioni vissute come molto sensibili, quali l’esperienza del trauma, della tortura e dell’essere vittima di tratta o sfruttamento.

La diversità linguistica viene descritta da un’intervistata come la barriera più evidente, ma “risolvibile” all’interno del servizio attraverso il ricorso della mediazione. Con maggior difficoltà è avvertita la “gestione” della differenza culturale nella relazione clinica:

Cioè una delle, poi non so tu, però una delle difficoltà che io sento proprio a livello di pelle dentro, nel relazionarmi con date persone, soprattutto con le donne straniere, è il sentire una lontananza proprio fisica legata alla differenza proprio culturale, di storia... cioè io non ho idea di quello che è la tua storia, il tuo mondo... ehm do per scontate tante cose che però con te magari non c’entrano niente (I.9)

Approccio strategico e alla pratica clinica

Nel descrivere le proprie pratiche professionali e le strategie organizzative le intervistate pongono al centro dell’approccio la personalizzazione degli interventi e la necessità di avere un atteggiamento di apertura e di accoglienza per tutti i pazienti. L’organizzazione per rispondere ai bisogni delle persone straniere e agire in termini di equità dovrebbe sviluppare apertura e curiosità verso la diversità, piuttosto che agire in termini di standardizzazione. Si riconosce, infatti, come l’intervento con le persone di origine straniera, in particolare, richieda al professionista un “di più”. C’è inoltre il richiamo alla necessità di far riferimento al proprio senso etico e alla dimensione dell’equità come condizione affinché tutti possono usufruire dello stesso livello di servizio senza discriminazione. In particolare, la pratica clinica si fonda, a partire dalla comprensione degli effetti emotivi dell’esperienza traumatica legata alla violenza, sul riconoscimento e la cura del paziente attraverso lo sviluppo di un ambiente emotivamente sicuro.

Me lo ricorderò sempre, S., appunto, diceva “si ma non ti preoccupare, perché credo che la cosa, come dire, più importante per le signore, a prescindere poi da tutte le cose che tu concretamente puoi fare per loro, sia il modo in cui tu le accogli e questo tempo, questo spazio che tu dedichi loro in modo esclusivo, con un approccio appunto che cerca di essere accogliente, non giudicante, appunto un po’ personalizzato” ehm.. E sono assolutamente convinta di questo,

insomma questo è ciò su cui cerchiamo proprio un po' di lavorare ehm.. E questo cerchiamo di farlo, appunto come dire, con le italiane e con le straniere, un pò con chiunque ecco... (I.9)

Alla base del proprio agire si riconosce lo sviluppo di un atteggiamento di “dubbio” e di consapevolezza dei propri stereotipi basati sulla “generalizzazione” della provenienza.

7.5.2 Le pratiche nell'erogazione dei servizi e nella promozione della salute

7.5.2.1 Le pratiche di sviluppo dei processi e strutture “interne”

Mediazione culturale e materiale scritto multilingua

La mediazione viene valorizzata, in primis quale pratica che permette di ridurre la barriera linguistica e culturale, dando supporto all'intervento dell'operatore. Un'intervistata sottolinea l'importanza dei momenti di confronto, anche informale, che avvengono con il mediatore culturale.

L'altro aspetto che, come dire, mi viene subito in mente, sono i dialoghi, ecco, che tante volte abbiamo con le mediatrici in modo informale a volte, appunto, magari alla fine di un incontro, di un colloquio ehm... ecco che ogni volta, un pezzettino per volta, ti danno magari quell'elemento in più che tu appunto magari metti così nel tuo bagaglio che ti aiuta a costruire il puzzle (I.9).

Imparare a lavorare con il mediatore è descritta come una capacità che si acquisisce nel tempo, e le intervistate sottolineano l'importanza della formazione stessa del mediatore, in riferimento alla sensibilità e al carico emotivo dei temi trattati durante il colloquio. Si racconta, inoltre, la difficoltà di poter usufruire talvolta della mediazione, quando questa è percepita come un vincolo dalle pazienti e una minaccia alla propria privacy. Mentre è valorizzata la presenza delle mediatrici nell'organizzazione e la possibilità di un loro intervento, anche nelle situazioni di emergenza, si cita tuttavia, la loro ridotta disponibilità negli orari notturni.

Si presenta l'uso del materiale tradotto come un supporto, soprattutto nei casi in cui non è immediatamente disponibile la mediazione (es “*se arriva la signora alle tre di notte*”), per far conoscere il servizio alle pazienti, il tipo di assistenza offerta, e per fornire informazione sugli aspetti psicologici legati al trauma e alla violenza. La traduzione e la formulazione dei contenuti da parte delle operatrici e delle mediatrici è descritta come un'attività che ha richiesto grande sforzo.

Accesso programmato

Alcune pratiche sono riferite alla presa in carico delle persone richiedenti asilo e rifugiate e specificatamente alla modalità di accesso e di presa in carico sviluppata. Le intervistate descrivono come la prima visita sia stata pensata anche come attività di *referral* funzionale alle pratiche per la richiesta d'asilo e in continuità con essa. In particolare, per la parte sanitaria c'è un'attenzione a documentare eventuali lesioni e cicatrici e a verificare la presenza di mutilazioni genitali femminili. Le interviste sottolineano gli aspetti di sensibilità della visita e la loro attenzione, ma anche difficoltà nel trattare gli aspetti traumatici. In particolare, le intervistate

parlano dell'attenzione a programmare l'intervento secondo tempi che rispettino i bisogni delle pazienti e, nel momento della visita, dell'attenzione a non elicitare o "far ripetere" aspetti traumatici.

E questo di solito viene programmato con calma nel momento in cui la donna, come dire, si senta poi anche di affrontare un percorso come questo che è una visita che richiede alcune... di tornare un pochettino proprio sulla loro storia, sul perché sono scappate dal loro paese, ciò che hanno subito durante il viaggio, quindi come dice sempre P1 "tanta roba" (I.9)

Inoltre, come pratica rivolta a tutti i pazienti, le intervistate raccontano lo sforzo di garantire continuità nella presa in carico, attraverso la stabilità di un operatore di riferimento, anche se ciò non sempre è possibile in base ai turni. In modo critico si presenta la difficoltà di prevedere un percorso psicologico per alcune barriere quali la numerosità dei casi, le risorse limitate per la mediazione e l'accessibilità geografica del servizio.

La Formazione

Le intervistate citano la formazione con le mediatrici, avvenuta nell'anno precedente, come un'importante occasione di apprendimento e di riflessione sui diversi bisogni delle pazienti, sulle differenze culturali e sui fenomeni migratori e i Paesi di provenienza di alcuni gruppi. In particolare, si valorizza la rispondenza dei contenuti alle esigenze espresse delle operatrici.

Beh, appunto, una cosa preziosa che è stata strutturata qua nel centro, è appunto questo corso con le mediatrici che davvero ci ha dato delle competenze preziose, ecco... ehm.. Anche perché, come dire, lo abbiamo... è nato proprio da qua e quindi era proprio abbastanza centrato (I.9)

Per rispondere al bisogno di formarsi e acquisire maggior competenze le partecipanti parlano dello sforzo di creare occasioni di formazione con riunioni formative con professionisti e associazioni del territorio, rispettando i limiti di budget.

7.5.2.2 Le pratiche di sviluppo di collaborazioni interdipartimentali e integrazione fra i servizi

Le intervistate riconoscono alcune collaborazioni più o meno formalizzate, che sono utili alla presa in carico e alla continuità delle cure con specifici servizi (es. consultorio) o professionisti/colleghi su problemi specifici di salute (es. malattie infettive) e che "garantiscono di solito una presa in carico un po' attenta e un po' rapida". Inoltre, fanno riferimento allo sforzo profuso per favorire l'accesso ai servizi, come prendere gli appuntamenti o dare indicazioni scritte "facendo rete concretamente".

Beh la prima cosa molto banale, proprio terra terra che mi viene da dire, ehm... però a maggior ragione, nei confronti delle persone straniere soprattutto se si identifica una difficoltà linguistica o comunque appunto di accesso ai servizi di fruizione eccetera ehm, come dire, cerchiamo ancor di più di essere noi ad aiutare a non so prendere direttamente i contatti con il servizio dove devono andare, prendere noi l'appuntamento (I.9)

Parte degli sforzi dei professionisti sono rivolti a favorire l'accesso e l'accessibilità economica attraverso le pratiche di rilascio delle tessere STP e l'attenzione alle pratiche burocratiche finalizzate al riconoscimento delle esenzioni ticket, spesso complicate da interpretazioni restrittive o da difficoltà nel collegamento con gli uffici preposti.

7.5.2.3 Le pratiche di partecipazione e collaborazioni interorganizzative nella comunità

Lo sviluppo di pratiche di coinvolgimento delle persone di origine straniera è percepito come limitato, ma si cita la partecipazione al coordinamento cittadino contro la violenza alle donne dove sono presenti associazioni i cui membri sono persone di origine straniera o che offrono servizi a tutela dei diritti dei migranti.

C'è una collaborazione stabile con le comunità dove alloggiano alcune pazienti, per cui si fa affidamento per la mediazione culturale o per la presa in carico psicologica, e di cui si discutono i pro e i contro. In particolare, possono esserci difficoltà quando le pazienti lo sentono come poco tutelante per la loro privacy, e per la qualità della presa in carico quando non c'è una formazione specifica sui temi della violenza.

Cioè da un certo punto di vista la persona, la ragazza ha avuto spesso appunto occasione di costruire un rapporto di fiducia nei confronti della mediatrice e quindi questa è una cosa positiva, in più la mediatrice spesso già un po' conosce la storia perché un po' la ragazza gliel'ha raccontata eccetera... dall'altro canto spesso c'è invece la preoccupazione che, appunto, magari la tua storia esca dall'ambulatorio e in qualche modo finisca in comunità. Noi garantiamo sempre il segreto professionale "ciò che tu dici rimarrà qua", e però anche ragionevolmente un po' dentro la preoccupazione rimane. (I.8)

Inoltre, le intervistate fanno riferimento all'affidamento alla rete territoriale costituita da associazioni specializzate nell'intervento etnopsichiatrico, per la presa in carico psicologica, in particolar modo per le persone richiedenti asilo. In particolare, si sottolinea la difficoltà delle collaborazioni interorganizzative non riconoscendo al settore pubblico una competenza specifica e di sistema sul tema della salute, e in particolare della salute mentale, nel contesto migratorio.

7.5.3 Supporto organizzativo all'implementazione di pratiche di CC e di equità

L'implementazione di pratiche CC non è sentita come altamente supportata dall'organizzazione e vissuta maggiormente come una faticosa responsabilità individuale piuttosto che del sistema.

I facilitatori che supportano le pratiche sono riconosciuti in fattori personali o del servizio (le "esperienze internazionali", l'équipe e il supporto dei responsabili), mentre alcune barriere sono maggiormente riconosciute a livello organizzativo (inerzia organizzativa, cultura burocratica, scarse risorse per la mediazione e per la formazione).

Guardando ai facilitatori, le esperienze internazionali sono considerate come un supporto alla relazione e alla base dello sviluppo di un atteggiamento di apertura alla diversità. Inoltre, il sentirsi facente parte di un gruppo, riconosciuto anche esternamente, e la sua interdisciplinarietà sono

percepiti come fattori che facilitano la comprensione dei casi. Si valorizza, infine, la vicinanza del responsabile alla pratica clinica che permette di sentire condivisione sui problemi del livello operativo. Agiscono come importanti barriere la percezione di una “inerzia organizzativa” e la carente sensibilità alle differenze, a favore della standardizzazione che influenzano la qualità della presa in carico o l’accesso, come nel caso delle pratiche burocratiche per il rilascio delle tessere STP.

Anche un po' l'ignoranza nel senso di ignorare, cioè come dire, l'istituzione, il senso così è un bel pachiderma che fa fatica ad avere la capacità e anche la curiosità, a volte, di esplorare verso l'esterno e quindi secondo me è un ostacolo come le persone sicuramente straniere è che bisogna fare come dire un di più rispetto a, ribadisco, la base, no? Nel senso che comunque da... non so io negli ultimi anni ho visto un sacco di vincoli in più, la signora non ha la tessera, non ha l'accesso, ma forse la devo far pagare, non la devo fare pagare, cioè tutto una serie di robe burocratiche molto legate anche ai panorami culturali e storici del momento che non sono così open come si immagina e che ovviamente vanno a cascata sugli operatori ultimi che a quel punto lì ficcano solo una cosa che è la grandissima buona volontà dell'individuo che inizia a scavalcare tutti gli ostacoli. (I.8)

Non sono ritenute adeguate le risorse dedicate alla mediazione culturale, che ne limitano la disponibilità. In aggiunta, nonostante si riconosca la presenza di corsi aziendali sul tema della salute degli stranieri, non si avverte un supporto per la formazione specifico per le esigenze e le competenze del servizio.

7.5.4 Il sistema regionale e il contesto sociale e politico

Si valorizzano alcune politiche regionali sul tema della violenza. Nello specifico viene citata l’implementazione di un codice di esenzione per le vittime di violenza per usufruire di prestazioni sanitarie, psicologiche, psicoterapeutiche, ma, in un’ottica di equità viene messo in evidenza, quale limite alla sua applicabilità, il vincolo della residenza in Regione. Più volte è chiamata in causa la dimensione politica e il clima politico attuale quale ostacolo all’investimento in pratiche CC, che porta a “nascondere” l’impegno sulla salute delle persone straniere per salvaguardare l’immagine del servizio o tutelare la sostenibilità delle azioni.

Però come dire, il problema grosso è che in questo momento politico culturale riempie tanto la bocca parlare di violenza di genere, molto meno parlare di stranieri, molto meno parlare di migranti e quindi noi cosa facciamo, ci mettiamo il cappello della violenza di genere per occuparci dei migranti, più o meno facciamo questo...che mi sembra la mossa più furba per uscirne ..(I.8)

7.6 Discussione

L'analisi delle interviste e dei documenti aziendali ha permesso di esplorare le pratiche sviluppate dall'organizzazione a più livelli e di mettere in evidenza le differenze negli approcci, nelle percezioni e nei significati associati allo sviluppo della CC nell'organizzazione. I dati consentono di cogliere le differenze in termini di pratiche del livello manageriale e professionale e contribuiscono a comprendere i processi alla base dello sviluppo e istituzionalizzazione, dell'integrazione e della CC nell'organizzazione.

Nell'organizzazione sembra esserci un investimento specifico su alcune aree talvolta altamente formalizzate, ma una minor capacità di garantire supporto in una logica sistemica e in termini di risorse dedicate e ascolto dei bisogni espressi dai servizi. In tutti i livelli, è emerso il bisogno di maggior supporto organizzativo, in modo più accentuato per il livello operativo per il quale la CC è vista come una responsabilità individuale, di cui solo parzialmente il top management sembra consapevole.

Saranno di seguito discussi i temi emersi dall'analisi confrontando le prospettive per evidenziare punti di forza, sinergie e incongruenze che agiscono sull'implementazione della CC.

Sviluppare commitment organizzativo: i processi, le strategie manageriali per servizi CC partecipativi

Nonostante le pratiche implementate costantemente negli anni, la CC nell'organizzazione non sembra altamente integrata nella gestione strategica dei servizi (soprattutto in termini di responsabilità e pianificazione strategica) e la percezione del commitment, le etichette e i valori chiave dell'approccio strategico non appaiono fortemente condivisi o formalizzati.

I dati mostrano una forte disomogeneità nell'interpretazione dell'investimento sui temi della salute degli stranieri fra il top management e il livello operativo, che può essere in relazione con la percezione del supporto organizzativo e la non visibilità dei dispositivi organizzativi. Mentre il primo, facendo riferimento alla formalizzazione delle pratiche come obiettivi aziendali, all'impegno nel tempo dei singoli e ai compiti regionali, ha una buona percezione delle pratiche implementate e della diffusione della CC nell'organizzazione, il secondo percepisce incongruenza tra i valori dichiarati e quelli praticati. L'organizzazione pare aver vissuto momenti di svolta che sembrano aver segnato in modo più o meno favorevole il commitment organizzativo (grandi investimenti e interruzioni), ed è emersa anche una disomogeneità nella "competenza culturale" dei servizi che pare collegata alla prevalenza di utenza straniera. In particolare, nel servizio esaminato, a cui è riconosciuta internamente ed esternamente un'immagine esperta, l'investimento formale è più recente e si è concretizzato come risposta al cambiamento dei flussi migratori e alle nuove domande di salute.

Nei livelli manageriali si osserva un orientamento alla dimensione regionale per introdurre o diffondere pratiche relative alla CC, ma meno formalizzate e specifiche appaiono le responsabilità interne. Inoltre, sia a livello manageriale che del servizio, l'analisi dei dati sugli accessi (in relazione alla nazionalità) è apparsa la strategia a sostegno della gestione strategica dei servizi. Tuttavia, sembra limitata ad un singolo presidio e non integrata nelle attività di CC a livello centrale. Solo in passato, tramite la partecipazione ad un progetto internazionale, si è svolta un'attività di *assessment* delle pratiche organizzative secondo standard di equità. Lo sviluppo di

strategie di CC è apparso quindi meno sistematico, bensì collegato alle domande “raccolte” dei singoli servizi o alla rete interorganizzativa regionale e nazionale.

Più sviluppate, per il management, anche se non specifiche per la popolazione straniera, sono le strategie che sostengono la partecipazione dell’utenza, nei processi di valutazione dei servizi e di co-produzione, secondo un approccio che appare di tipo “utilitaristico” (De Freitas, 2014) e che si collegano alla funzione del servizio URP. Le strategie di partecipazione sono correlate allo sviluppo della CC in quanto i meccanismi partecipativi basati sulla valutazione sono stati sfruttati come driver per avviare nuovi progetti. Inoltre, in modo più mirato, anche se selettivo, è stato creato un dispositivo partecipativo per favorire sensibilità alla diversità religiosa e si è allargata la rappresentanza delle associazioni che partecipano alle attività ospedaliere a persone di origine straniera. Per il middle management, mentre non è apparso evidente un investimento specifico per favorire la partecipazione diretta dell’utenza o dell’associazionismo straniero, le strategie a supporto della partecipazione riguardano la collaborazione con le organizzazioni dell’area sociale e della giustizia.

Orientare i servizi alla diversità: i significati attribuiti dal livello manageriale, dal middle management e operativo

I dati mostrano una disomogeneità nei riferimenti che informano gli approcci strategici e nella percezione della diversità che sono alla base delle pratiche. A livello manageriale sono emerse molteplici etichette collegate all’intervento per ridurre la barriera linguistica e culturale. Nonostante il riferimento all’intravariabilità dei gruppi e a una concezione di cultura colta anche negli aspetti individuali e non solo “dell’altro” permane un ancoraggio nelle scelte aziendali, evidente nelle pratiche formative, ad un approccio più tradizionale/categoriale con un focus sulla diversità linguistica culturale e religiosa di gruppi omogenei - vedi formazione per “cultura araba” e il ricorrente utilizzo del termine “etnico” (Aggwrall *et al.*, 2016) presenti nei documenti aziendali-.

L’alta prevalenza di utenza di diversa origine è un discorso comune, insieme al cambiamento dei flussi con il maggior accesso di donne richiedenti asilo, e alla centralità della diversità linguistica e culturale, ma si notano punti di divergenze sui temi della vulnerabilità e delle dimensioni di disuguaglianza. Per il top management, l’approccio si indirizza maggiormente alla diversità religiosa e culturale includendo utenza straniera e italiana, mentre nel servizio in modo condiviso fra operatori e responsabile, la diversità dell’utenza è percepita soprattutto come vulnerabilità collegata alla condizione migratoria dei nuovi flussi, al trauma e alla violenza, che appare evidente nella differenziazione fra “stranieri” e “migranti”.

Per il top management, il tema delle disuguaglianze non appare fortemente condiviso, in particolar modo, non sembra diffusa la percezione del rischio di disuguaglianze di accesso e delle pratiche organizzative quali possibili meccanismi riproduttivi di disuguaglianze. L’accessibilità sembra piuttosto definita in termini di accesso (i.e STP). Nello stesso servizio, invece, appare esserci una diversa attitudine nel porre in evidenza gli aspetti di differenza e quelli di somiglianza legati alla “diversità”, pur riconoscendo la vulnerabilità specifica collegata ai bisogni di richiedenti asilo, per l’enfasi del middle management ad un approccio “universalistico”. Le operatrici, riferendosi ad una percezione della diversità più “ibrida” (frutto dell’intreccio di condizioni sociali, culturali e soggettive), riportano maggiormente la complessità e la difficoltà dell’assistenza in un’ottica di equità.

Quanto all'approccio strategico portato dalle figure manageriali, nel top management l'approccio multiculturale e multireligioso è apparso collegato alla capacità dell'organizzazione sanitaria di promuovere integrazione sociale e dare un'immagine di inclusione dei gruppi culturalmente differenti, ma meno presente sembra il sistema organizzativo interno, citato invece a livello di middle management. In questo caso lo sviluppo di pratiche rispondenti ai bisogni sanitari delle persone di origine straniera passa per il concetto di supporto organizzativo, sostenuto dalla collaborazione interprofessionale, interdisciplinare e interorganizzativa.

Per quanto riguarda i valori e la cultura organizzativa a sostegno delle pratiche CC che informano le pratiche e gli approcci, sono emersi 4 nuclei centrali presentati in modo più o meno condiviso (come strategia organizzativa) e con un focus più o meno specifico per la popolazione straniera: la multiculturalità, l'equità, la centralità della persona, l'approccio al trauma e alla violenza (*"trauma-informed care"*). L'approccio dichiarato e centrale che va sotto il nome di "multiculturale", è affiancato in modo più marginale a quello di equità e, in continuità con le politiche aziendali, è accostato ai temi dell'umanizzazione. I valori che richiamano la centralità della persona sono intesi per tutti i pazienti e sono espressi in modo più chiaro nel livello del servizio dove s'intrecciano ad un approccio "trauma-informed", che pone quale focus dell'intervento il rispetto, il riconoscimento degli episodi traumatici e l'accoglienza dei vissuti emotivi legati alla violenza creando un ambiente sicuro e ponendo come focus la relazione clinica medico-paziente.

Il concetto di equità per il top management pare inteso come garanzia del diritto di salute e di diritto all'autodeterminazione per le persone straniere, ponendo attenzione agli aspetti di partecipazione alle cure e di riduzione della barriera linguistica. Nel middle management i valori esplicitati sono quelli dell'universalismo e di garanzia di un trattamento eguale per tutti "indipendentemente" dall'appartenenza culturale. A livello operativo, il riferimento al concetto di equità si concretizza come necessità di garantire gli stessi servizi dando "di più", opposto alla standardizzazione, secondo una logica di equità verticale.

In modo condiviso a tutti i livelli, la CC del professionista è vista come sviluppo di conoscenza delle diversità culturali (è fatto ampio riferimento alle conoscenze sulle diverse credenze e comportamenti), di consapevolezza culturale, e di assenza di pregiudizi e stereotipi. Nel servizio si enfatizza inoltre l'importanza di sviluppare conoscenze specifiche relative alla violenza, come gli indicatori di tratta, o si mostrano competenze specifiche su MGF e utilizzo della mediazione.

La traduzione della CC e dell'equità nelle pratiche: supporto, barriere e facilitatori organizzative e del contesto

Sviluppare CC nei servizi: le pratiche

I dati mostrano, insieme alla centralità trasversale della mediazione culturale quale dispositivo organizzativo per rispondere ai bisogni delle persone di origine straniera, un focus differente fra i livelli delle pratiche sviluppate, dove carente appare per i livelli manageriali lo sviluppo di pratiche di integrazione organizzativa.

L'analisi dei dati mostra per il top management un focus sullo sviluppo delle "pratiche interne" a favore della qualità dell'assistenza per la riduzione della barriera linguistico-culturale e religiosa (i.e. pratiche per il consenso), interessando processi centrali come processi clinici con un investimento sulla mediazione e la formazione, ma anche politiche aziendali e l'ambiente fisico

dell'organizzazione per migliorare i processi di ricovero (i.e pratiche per l'alimentazione e assistenza religiosa).

Appare interessante notare a questo riguardo come sia percepito quale driver per la CC, non solo un miglioramento della qualità, ma anche una logica di investimento (marketing) sul cliente esterno, come nel caso della certificazione *halāl*.

Per il servizio e quindi per il middle management lo sviluppo di pratiche CC è collegato a un investimento progressivo per rispondere ai bisogni dell'utenza RTP attraverso una revisione dei processi d'accesso, la formazione degli operatori e la collaborazione interorganizzativa.

Per le operatrici, emerge in aggiunta lo sforzo di sviluppare pratiche di collaborazione interna ed esterna: la revisione delle pratiche professionali è volta a garantire l'accesso (ridurre barriere burocratiche per l'esenzione o favorire l'accesso all'STP) e la continuità dell'assistenza attraverso l'integrazione fra i servizi - strategie non evidenti per gli altri livelli, per i quali non è emerso un investimento in pratiche di collaborazione formalizzata fra i servizi.

Sono state inoltre evidenziate delle aree di miglioramento che riguardano la mediazione culturale, la formazione, il rispetto delle abitudini alimentari, le pratiche per l'accesso (vedi STP) e l'assistenza psicologica.

La centralità della mediazione culturale a cui è attribuita una funzione di supporto alla comprensione linguistica (vedi consenso informato), e in modo minoritario all'équipe nei livelli manageriali, di facilitazione all'accesso per la riduzione delle barriere burocratiche, e di formazione è accompagnata dalla percezione di criticità che riguardano in parte la sua disponibilità in azienda ed inserimento come figura stabile e, in parte, la competenza specifica su alcuni temi di salute. Nel servizio esaminato, infatti, si è sottolineata la necessità di una competenza specifica sui temi della violenza e si valorizza la presenza di mediatrici che hanno sviluppato una "formazione sul campo".

Analogamente, mostrando soddisfazione per la formazione specifica sul tema della violenza, si è espresso a livello operativo il bisogno di maggior investimento in quest'area. Inoltre, è da sottolineare come le formazioni per "gruppi culturali" e che vedono l'uso del mediatore quale esperto della cultura dell'altro appare problematico se non tiene in considerazione gli aspetti di ibridazione e di fluidità fra i gruppi culturali (Grants *et al.*, 2013). Queste pratiche se da una parte possono favorire lo sviluppo di conoscenza culturale utile alla comprensione dei bisogni dei pazienti di origine straniera, come sottolineato dalle operatrici, rischiano di veicolare e di rinforzare visioni stereotipate dei bisogni di salute.

Le pratiche di Partecipazione

Le pratiche di partecipazione dell'utenza sono maggiormente sviluppate a livello aziendale, anche se appaiono ristrette ad alcuni ambiti e gruppi, mentre per tutti i livelli c'è un investimento sulle relazioni con la rete esterna e in modo minoritario si sono sviluppate attività di alfabetizzazione outreach.

A livello aziendale, l'analisi dei dati sulle pratiche di partecipazione, che coinvolgono l'utenza, mette in luce un maggior investimento su pratiche di consultazione, con strumenti più o meno collaborativi (questionario vs riunione) attraverso il coinvolgimento dei rappresentanti religiosi che ha portato allo sviluppo di interventi a favore della qualità dell'assistenza soprattutto per i processi legati all'ospedalizzazione (alimentazione, pulizia mortuaria). Inoltre, i rappresentanti sono pensati come ponte con le comunità per diffondere informazioni sui servizi (vedi ipotesi di

coinvolgimento sul menù multireligioso). I rappresentanti partecipano anche alla co-produzione del servizio essendo coinvolti nei processi clinici in caso di conflitto con i pazienti. Questa pratica, che si è sviluppata spontaneamente, è valorizzata dal management come dispositivo di mediazione, tuttavia, solleva riflessioni sulla qualità dell'intervento e il rispetto della partecipazione dell'utenza per l'assenza di dispositivi di supervisione (Abubakar *et al.*, Jassen *et al.*, 2005).

Per tutti e tre i livelli lo sviluppo di pratiche CC sembra giocare sulla relazione e collaborazione inter-organizzativa. Per il top management, stabili nel tempo sembrano le pratiche di collaborazione interorganizzativa con associazioni e istituzioni a livello locale e nazionale (associazioni, università, rete HPH) con expertise sul tema della CC e la tutela dei diritti della salute che favoriscono scambio di buone pratiche, lo sviluppo di attività di ricerca e sopperiscono alla carenza di risorse dedicate.

Per il servizio, la presa in carico di donne vittime di violenza e tortura RTP ha condotto ad una modifica dei processi clinici e ad un forte investimento sulla rete esterna, sia per facilitare l'accesso che la co-produzione con il terzo settore, ottimizzando l'uso delle risorse e favorendo l'apprendimento di nuove pratiche. L'uso della rete è, infatti, funzionale anche a garantire esperienze formative centrate sui bisogni del servizio. Se un investimento sulla collaborazione interna non è apparso evidente in modo specifico, al contrario si è descritto, da parte del middle management un impegno con una funzione di *advocacy* volto a diffondere sensibilità sul tema della violenza, migrazioni e tratta soprattutto all'esterno dell'organizzazione con la formazione universitaria e a livello regionale.

Le barriere e i facilitatori alle pratiche CC

Per tutti i livelli sviluppare CC appare complesso per la presenza di barriere da affrontare che agiscono sul bisogno di supporto percepito. Tutti i livelli sembrano doversi confrontare con una carenza di risorse strutturali specifiche, percepite maggiormente nel servizio per la complessità dell'ambito sanitario in termini di carico emotivo. Sembra che le strategie organizzative rispondano in parte ai bisogni specifici del servizio ed appare un gap importante nella percezione di supporto organizzativo per le operatrici, per le quali la CC è una responsabilità individuale e i facilitatori alla pratica sono maggiormente collegati a fattori personali o dell'équipe, mentre l'ambiente organizzativo appare "altamente resistente". Solo parzialmente il top management sembra consapevole delle difficoltà percepite.

In riferimento alle barriere relative alle carenze nel supporto organizzativo, le operatrici sembrano avvertire barriere a più livelli di tipo culturale e strutturale a partire dalla percezione di una "inerzia organizzativa" e una cultura volta alla standardizzazione che ha un impatto sulla qualità delle cure, mentre il middle management ha riportato il problema del sovraccarico solo in relazione al più alto numero di accessi collegato alla nuova utenza.

A livello manageriale le barriere più importanti agiscono soprattutto per l'implementazione di nuove pratiche, ma anche per la sostenibilità delle pratiche già implementate e sono situate a livello organizzativo. Si riferiscono alle risorse e alla funzione di coordinamento, che rende più frammentarie le pratiche e agisce sulle capacità di coordinamento. Per questo è stata indicata come possibile azione di miglioramento il riferimento a standard specifici e strumenti di benchmarking per stimolare il commitment organizzativo.

Tutti i livelli hanno riportato barriere a livello professionale in modo più o meno accentuato, quali resistenze o impreparazione degli operatori nei confronti della diversità che agiscono

sull'accesso, aumentando le barriere burocratiche o, in particolare, per il top management, agiscono come resistenze al cambiamento (i.e "lotta per la mediazione").

Nel servizio, barriere all'implementazione di pratiche CC sono percepite inoltre per le collaborazioni interorganizzative e di sistema.

La dimensione politica legata alla CC in termini di immagine e di priorità attribuita al tema sembra avere un effetto a cascata a più livelli ed agire su più processi: per il livello manageriale il cambiamento politico a livello regionale ha voluto dire un'interruzione dell'investimento in pratiche CC e significa al momento attuale, in modo trasversale, confrontarsi con il clima politico di ostilità e la retorica del "favoritismo" che influenza la possibilità di dare priorità apertamente al tema (comportando il bisogno di "*camuffare*") o confrontarsi con le resistenze a livello operativo.

Quali facilitatori nel servizio emerge il supporto del gruppo di lavoro. La coesione dell'équipe e il supporto del responsabile, inteso come vicinanza, supportano le operatrici nella presa in carico grazie alla multidisciplinarietà dell'équipe e alle competenze specifiche. In aggiunta, come supporto organizzativo, si valorizza la presenza della mediazione h24. In modo trasversale il commitment delle direzioni è emerso come ulteriore fattore che a seconda dei momenti può sostenere la CC.

Sia per le operatrici che per il middle management le politiche specifiche sulla violenza e il coordinamento regionale supportano la CC, da una parte garantendo l'accesso dall'altro lo sviluppo diffuso di competenza nella rete degli stakeholder. Il ruolo della Regione per il Top management quale facilitatore appare più variabile nel tempo, riconoscendo attuale sostegno sui temi della multiculturalità, ma carenze sulla gestione dei centri ISI (accesso per irregolari).

A fronte di tale complessità pare sia necessario rendere più sistematiche le strategie di supporto descritte oltre la formazione. Infatti, i dati hanno mostrato il ruolo del manager nel favorire l'implementazione e nel mettere a sistema alcune delle pratiche sviluppate attraverso la diffusione nei servizi e il coinvolgimento delle direzioni, con modalità più o meno partecipative. Ad esempio, sono state descritte: l'iniziale azione per dare supporto e legittimazione alla figura del mediatore attraverso la valutazione di efficacia e il tentativo di assunzione diretta da parte dell'azienda, un'attenzione alla tutela dell'immagine organizzativa (come è emerso per l'implementazione della certificazione *halāl*) e l'azione di advocacy a livello regionale.

CAPITOLO 8. RISULTATI. L'ANALISI INTERCASO

8.1 Introduzione

Una lettura sistemica della competenza culturale enfatizza l'interconnessione fra i diversi livelli organizzativi, ossia fra le dimensioni micro-meso-macro del sistema sanitario. Inoltre, si pone enfasi sulla relazione fra commitment organizzativo, processi di leadership istituzionale e processi partecipativi a sostegno della competenza culturale dei servizi.

Saranno, quindi, discusse somiglianze e differenze tra i casi attraverso le seguenti aree: lo sviluppo del commitment organizzativo (i processi, le strategie manageriali per servizi CC partecipativi); i significati e gli approcci di riferimento della CC; la traduzione della CC e dell'equità nelle pratiche: supporto, barriere e facilitatori organizzativi e del contesto.

Come già evidenziato in precedenti studi, infatti, l'implementazione della CC è diversa in base al tipo di organizzazione, alla storia e ai fattori legati al contesto: sul modo in cui la CC è sviluppata influiscono il tipo di immigrazione con cui si confrontano le organizzazioni, le politiche regionali, le risorse presenti nella comunità (Truong *et al.*, 2014).

Pertanto, chiude questo capitolo un paragrafo dedicato al confronto fra i livelli macro-meso-micro per rendere conto delle specificità evidenziate in relazione ai diversi contesti regionali.

8.2 Sviluppare commitment organizzativo: i processi, le strategie manageriali per servizi CC partecipativi

Il sostegno del top management, il riconoscimento della CC e della promozione dell'equità come priorità visibile e condivisa appare avere un ruolo importante nell'implementazione di pratiche CC in un'ottica sistemica, la quale riconosce l'interconnessione della prospettiva dei diversi attori organizzativi e il ruolo del supporto delle "infrastrutture organizzative". Attraverso l'analisi dei casi è stato possibile evidenziare le diverse pratiche e modalità attraverso cui le organizzazioni sostengono la gestione organizzativa dalla CC e della sensibilità alle differenze, attraverso logiche che in modi diversi enfatizzano dimensioni sistemiche, inclusive e partecipative.

In tutte e tre le organizzazioni sono state riconosciute espressione di un commitment organizzativo verso i temi dell'equità, della sensibilità alle differenze e della CC. Tuttavia, si evidenziano fra i casi disomogeneità nell'integrazione fra i livelli meso e micro, in termini di riconoscimento e condivisione delle priorità organizzative.

Nei casi 1 e 2 il commitment dell'azienda sembra attraversare tutti i livelli. Ma nel caso 1 si è evidenziata una fase di passaggio che ha l'obiettivo di dare solidità scientifico-teorica all'approccio all'equità, ed è stata collegata alla percezione di un minor investimento organizzativo, espressa da operatori e middle management, sui temi CC e sulla salute migrante. Zone di conflitto culturale sono state evidenziate fra i livelli per la diversa priorità attribuita ad un investimento esclusivo sulla salute degli stranieri. Nel caso 2 il commitment organizzativo delle direzioni per la promozione della salute delle persone di origine migrante risulta visibile ai livelli intermedi e operativi, e sentito come sostegno organizzativo per la promozione di pratiche di sensibilità alle differenze, mostrando identificazione attorno ai temi della CC. Nel caso 3 nonostante l'investimento riconosciuto dai livelli apicali, questo appare meno visibile negli altri

livelli e soprattutto il livello operativo percepisce incongruenza tra i valori dichiarati e quelli praticati.

In tutti e tre i casi è emerso come il commitment sulla competenza culturale tenda ad essere disomogeneo nelle organizzazioni sul territorio, ma la percezione della disomogeneità è presa in considerazione in modo diverso nei livelli manageriali o usato come dato per sviluppare la CC nell'organizzazione (es. esportare buone prassi o intervenire nei servizi con “minor sensibilità”). Maggiore sensibilità alla CC è collegata ai servizi con più alta affluenza di persone straniere, anche laddove è descritto uno sforzo organizzativo prolungato nel tempo. In tutti e tre i casi, inoltre, i servizi di “buone prassi” riguardano la salute femminile. Fra essi è emersa una percezione più o meno alta di una propria “competenza culturale” e allo stesso tempo la percezione del bisogno di un continuo sviluppo e apprendimento. Questi dati, uniti al dato delle grandi dimensioni aziendali che caratterizzano tutte le aziende dello studio, pongono enfasi sulla necessità dei dispositivi di integrazione organizzativa per sostenere la diffusione delle pratiche CC nei diversi subsistemi. Se si guarda alle pratiche organizzative sviluppate, però, appare necessario un maggior sforzo per rendere più strutturali o istituzionalizzati tali dispositivi.

I casi si distinguono per il grado di integrazione della CC e della sensibilità alle differenze nelle pratiche di gestione organizzativa. Il caso 1 si distingue per lo sforzo di integrazione delle politiche di sensibilità alle differenze nelle politiche aziendali come assi strategici centrali della mission e della vision, che rende visibile anche all'esterno il commitment aziendale sul tema dell'equità e nei sistemi di valutazione (vedi accreditamento). Per quanto riguarda la “leadership organizzativa” e la centralità della CC nella programmazione aziendale, nel caso 1 e nel caso 2, c'è una formalizzazione della struttura di coordinamento, che è in sintonia con gli indirizzi politici delle Regioni e una formalizzazione degli obiettivi strategici. Ovvero, mentre nel primo caso il focus è sull'implementazione di pratiche di Equity Assessment, nel secondo la funzione di coordinamento è specifica sul target migranti. Nel caso 3, infine, il ruolo di coordinamento formale è relativo maggiormente al servizio di mediazione culturale e religiosa e alla formazione aziendale.

Il riferimento ad una prospettiva sistemica della CC si collega alla presenza nei casi 1 e 2 di pratiche di *need assessment*, di *equity assessment* e di analisi delle barriere all'accesso dei servizi e epidemiologiche specifiche, che sono utilizzate per la pianificazione dei servizi, come suggerito in letteratura (Betancourt *et al.*, 2014; Chiarenza *et al.*, 2014). Tuttavia, differenze e criticità emergono sull'attuale investimento su pratiche di partecipazione interna. Nel caso 2 c'è un dispositivo stabile di comunicazione intraorganizzativa (una rete di referenti sui temi della CC, per facilitare il coordinamento fra i livelli organizzativi in vari distretti dell'azienda), che però non sembra essere ancora a regime, e si è evidenziato sia l'investimento in un'attività di “reporting” (report pubblico contenente dati e azioni sulla CC) sia un'azione di progettazione partecipata con i servizi per lo sviluppo delle strategie aziendali (pianificazione). Mentre nel caso 1 l'integrazione si fonda sull'organigramma a matrice, per lo sviluppo di pratiche di equity assessment, piuttosto che su dispositivi formali stabili, che, anche se valorizzati da alcuni, sono apparsi più presenti in passato (dispositivo sull'equità che metteva insieme diversi dipartimenti e definiva responsabilità su alcuni temi tra cui quello della migrazione; dispositivo di coordinamento per la mediazione culturale intraorganizzativo) (Fung *et al.*, 2012; Harper *et al.*, 2006).

Il caso 1 si distingue per l'alto commitment e investimento del middle management in termini di pratiche gestionali: è l'unico servizio di quelli coinvolti nella ricerca che, secondo i dati raccolti, fa riferimento in modo esplicito a dati sugli accessi ed esiti di salute come fondamento della programmazione del servizio basandosi su dati regionali e avendo svolto un percorso di *equity assessment* secondo le politiche aziendali.

Le pratiche di gestione sembrano collegate a obiettivi prioritari definiti in base alla “fase di sviluppo” della CC. Nel caso 1 le pratiche di gestione organizzativa a livello aziendale sono

collegate al “nuovo” approccio che informa le pratiche organizzative legate all’“equità” e all’implementazione di strumenti di *equity assessment*; nel secondo il nuovo investimento rende obiettivo saliente l’innovazione delle pratiche verso un’istituzionalizzazione dei programmi e degli interventi, coordinando i servizi e gestendo risorse economiche; mentre nel terzo caso appare presente un investimento sulla rete regionale per esportare le buone pratiche sviluppate all’interno, dato che gli sforzi appaiono meno integrati e focalizzati su alcune aree di esperienza.

La partecipazione dell’utenza appare come dimensione integrata a livello dichiarato nelle pratiche organizzative della CC con posizionamenti differenti nei tre contesti. Nel caso 1 e nel caso 2, la partecipazione dell’utenza segue maggiormente logiche *hard to reach e outreach* per la co-progettazione dei servizi, richiamando il concetto di comunità come principio a favore dell’accessibilità dei servizi e del riconoscimento di bisogni specifici, mentre nel caso 3 è maggiormente intesa come consultazione di rappresentanti dei pazienti ed è collegata ai processi di valutazione dei servizi, mentre al livello del servizio appare poco sostenuta se non come integrazione intersettoriale. Nel caso 1, insieme ad un’alta valorizzazione del tema della partecipazione, sono presenti diverse rappresentazioni fra i livelli: concezioni più utilitaristiche espresse anche nei documenti di programmazione e concezioni più legate ai concetti dell’empowerment (De Freitas, 2011). In quest’ultimo caso, il middle management ha messo in rilievo una concezione di partecipazione come strumento di coinvolgimento dal basso per agire sulla comunità verso modelli di convivenza sociale fra i diversi gruppi, leggendo in modo più critico e diversificato il concetto di comunità “culturale”.

In tutti e tre i contesti appare evidente come ulteriori passi siano necessari per tradurre il principio della partecipazione nelle pratiche di gestione dei servizi più strutturali dato che, in modo trasversale in tutti e tre i contesti gli organi di partecipazione aziendale raramente sono percepiti come altamente rappresentativi della diversità ed efficaci.

8.3 Orientare i servizi alla diversità: i significati attribuiti dal livello manageriale, dal middle management e operativo

L’analisi dei casi ha permesso di esplorare i significati attribuiti dal livello manageriale, dal middle management e operativo verso un orientamento dei servizi alla diversità, in termini di rappresentazione dei problemi sanitari e di modalità di risposta a livello clinico e organizzativo. Si sono distinti in particolare gli approcci collegati alla pratica clinica e approcci strategici della CC nell’organizzazione.

Appare trasversale nei tre casi il riferimento alla promozione dell’equità e allo sviluppo interculturale, ovvero alla riduzione di disuguaglianze e della barriera linguistico-culturale, ma con importanti variabilità in relazione ai significati espressi, visibili anche nell’uso di diverse etichette e orientamenti: “orientamento all’equità”, che si rivolge a tutte le diversità e differenze, “supporto interculturale”, “multiculturalità”.

Quanto alle rappresentazioni della diversità e del loro impatto si evidenziano differenze, non solo in base all’approccio o agli specifici profili migratori nei contesti, ma anche in base al tipo di strategie gestionali che permettono in alcuni casi (Caso 1 e 2) di identificare vulnerabilità specifiche (es. *equity assessment* e analisi epidemiologiche), in altri di riconoscere il “clima organizzativo” collegato alla CC e le difficoltà del livello operativo (es. attraverso il *need assessment*).

Il confronto sui discorsi su come l’organizzazione può garantire equità per le persone di origine straniera evidenzia concezioni differenti e talvolta conflittuali all’interno dei casi, soprattutto nei casi 1 e 3. Gli operatori e in parte il middle management infatti, nei suddetti casi, generalmente

esprimono con più forza (rispetto ai livelli manageriali) la difficoltà e la complessità del confronto con la diversità per le barriere collegate, in modo prevalente alla differenza culturale linguistica, e all'health literacy e alle condizioni sociali di vulnerabilità. Inoltre, nei tre contesti, il tema delle disuguaglianze sanitarie è riconosciuto con accezioni e priorità differenti in collegamento con i diversi posizionamenti di *approccio*. Non per tutti sono evidenti le barriere all'accesso e alla qualità dei migranti o sono riconoscibili o condivisibili possibili meccanismi discriminativi dell'agire organizzativo. In questi casi l'equità è descritta in termini universalistici di non discriminazione e "trattamento paritario per tutti", piuttosto che di sensibilità alle differenze, talvolta in collegamento alla percezione di favoritismo. In particolare, confrontando i casi, emerge come il tema dell'accessibilità, che la letteratura ha mostrato essere un costrutto multilivello e multidimensionale (Levesque *et al.*, 2013) talvolta è compreso solo in modo parziale.

Accanto a prospettive di "sensibilità alle differenze", che richiamano un approccio "centrato sulla persona" e l'ancoraggio ad una visione processuale e diversificata dei diversi bisogni, si sono evidenziati approcci più categoriali alla differenza. Mentre il riferimento ad una visione più reificata della differenza porta ad una costruzione della cultura come "problema" soprattutto in relazione alla (non) *compliance*, una visione processuale dà spazio alla negoziazione, come già evidenziato da Fortin e Maynard (2018). Di conseguenza, differenze sono emerse sulla priorità riconosciuta al tema della partecipazione del paziente al processo assistenziale, riscontrando approcci più direttivi, che richiamano l'idea dell'"adeguamento", o più partecipativi.

Nel caso 1 i dati evidenziano, nei livelli più apicali, la maggior chiarezza delle definizioni di riferimento per l'implementazione, ma anche la presenza di approcci alla CC non omogenei e condivisi fra i livelli. Chi ha un ruolo manageriale ha una visione più eterogenea dell'utenza, facendo riferimento a visioni intersezionali e considerando diverse vulnerabilità; mentre approcci più categoriali sono più presenti a livello operativo, soprattutto non è apparso evidente il riferimento alla dimensione partecipativa nella relazione clinica, sottolineata invece dai responsabili del servizio. Il middle management, infatti, si distingue per concezioni della CC più articolate, portando una visione intersezionale, che esalta i bisogni di emancipazione (e non solo le vulnerabilità) dell'utenza, ponendo in modo unico rispetto agli altri casi la questione del potere e dell'intreccio delle disuguaglianze legate al genere. Nel caso due è emerso soprattutto a livello di middle management e in parte nel livello operativo il riferimento a concezione della CC che hanno messo in risalto le competenze riflessive, l'autocritica e la partecipazione dell'utenza nel processo comunicativo e nella progettazione dei servizi.

Nel caso 3 i dati mostrano una disomogeneità nei riferimenti che informano gli approcci strategici e nella percezione della diversità che sono alla base delle pratiche. A livello manageriale sono emerse molteplici etichette e concezioni collegate all'intervento per ridurre la barriera linguistica e culturale con un focus più o meno specifico per la popolazione straniera: la multiculturalità, l'equità, la centralità della persona, e in modo unico rispetto agli altri casi sono emersi elementi riconducibili all'approccio al trauma e alla violenza ("trauma-informed care"). L'approccio categoriale è apparso maggiormente per i livelli manageriali, mentre approcci che esaltano le dimensioni soggettive oltre che culturali sono emersi a livello operativo.

Un'altra questione legata all'approccio strategico organizzativo alla CC, emersa nei casi 1 e 2, in corrispondenza con un approccio più critico, riguarda la natura specifica o trasversale dei servizi CC che sembra in diversi casi interrogare gli attori rispetto al dilemma dell'universalismo e del particolarismo e del rischio della "ghettizzazione/targettizzazione", collegato alla dimensione politica della pratica. Nel caso 2 è emersa condivisione attorno alla logica di implementare interventi per alcuni gruppi di provenienza con l'obiettivo di facilitare l'accesso, facendo leva per alcuni sul principio della partecipazione dell'utenza, per ridurre i rischi di tale scelta.

Tale tema è apparso più controverso nel caso 1, dove si evidenziano le contraddizioni legate alle modalità di distribuzione delle risorse, con un doppio rischio, da una parte di “avvantaggiare alcuni” (favoritismo), dall’altra di rendere invisibili i gruppi vulnerabili. A fronte di tali rischi, la scelta proposta con più forza nel middle management è quella di cercare un equilibrio tra azioni “trasversali” e azioni specifiche o “target” ed evitare che l’orientamento all’equità si trasformi in “universalismo”.

Entrando più in dettaglio sulla dimensione sistemica della prospettiva di CC, ossia la connessione tra i livelli macro, meso e micro organizzativi, i risultati mostrano differenti rappresentazioni nelle prospettive manageriali.

I casi 1 e 2 si distinguono per un maggior riferimento alla CC come investimento organizzativo diffuso su obiettivi a lungo termine, e in modo coerente con la letteratura, la CC dell’organizzazione è vista come un “processo di sviluppo” piuttosto che un insieme di pratiche, talvolta sottolineando il senso di innovazione e di incertezza collegato alla necessità di un ripensamento dei processi assistenziali. Questi dati si differenziano da quelli di Aries (2004) e Adamson e colleghi (2011), che avevano rilevato fra i manager il riferimento ad una visione individualistica di CC, che dava risalto principalmente alla responsabilità del singolo professionista, o di un piccolo gruppo, ignorando la responsabilità organizzativa per la promozione dell’equità. Tuttavia, appare interessante notare come solo nel caso 2 sia stato esplicitato il richiamo alla necessità come direzione di fornire “supporto organizzativo” attraverso infrastrutture organizzative, mentre nel caso uno si è fatto maggiormente richiamo al supporto attraverso la formazione degli operatori; solo nel middle management si fa riferimento alla necessità di una condivisione delle pratiche nel gruppo di lavoro.

8.4 La traduzione della CC e dell’equità nelle pratiche: supporto, barriere e facilitatori organizzativi e del contesto

8.4.1 Sviluppare CC nei servizi: le pratiche del sistema di erogazione

I risultati mostrano che lo sviluppo della CC si traduce in pratiche del sistema di erogazione che interessano le strutture interne, i sistemi di collaborazione intraorganizzativa e di collaborazione interorganizzativa e di partecipazione (quest’ultima descritta più in dettaglio nella sezione seguente) (vedi Tab. 19).

Questi interventi hanno modificato pratiche professionali e organizzative, quindi processi, strutture, e alcune politiche aziendali per migliorare l’accesso e la qualità dell’assistenza sanitaria, in termini di rispetto dei bisogni culturali, religiosi e linguistici e di garanzia della sicurezza e della partecipazione dell’utenza alle decisioni cliniche. In alcuni casi è emerso un investimento o una modifica degli spazi fisici consentendo la partecipazione della famiglia o la rispondenza ai bisogni religiosi. Il miglioramento dell’accessibilità riguarda pratiche nell’organizzazione dei servizi, la riduzione delle barriere geografiche e in modo minoritario (o meno esplicitato) l’accesso per la riduzione delle barriere burocratiche. Il miglioramento della qualità dell’assistenza ha interessato gli aspetti clinici e diagnostici, di comunicazione con il personale e del ricovero.

Tabella 19. Le pratiche CC nelle tre organizzazioni	
Le pratiche di sviluppo dei processi e strutture “interne”	
Mediazione culturale	Organizzazione 1, 2, 3
a. Educatore sanitario di comunità	Organizzazione 2
b. Mediazione fissa: consultorio, salute mentale adulti e infanzia	Organizzazione 1,2
c. Mediazione a chiamata e telefonica o via skype	Organizzazione 1,2
d. Consenso informato	Organizzazione 2, 3
Corso pre-parto per gruppi linguistici	Organizzazione 1,2
Servizio ad accesso diretto (con mediazione fissa); orari ambulatori, servizio di trasposto	Organizzazione 1
Materiale multilingua tradotto presente sul sitoweb aziendale	Organizzazione 1, 2, 3
a. Traduzione Materiale sonoro	Organizzazione 3
b. Consenso informato	
c. Triage multiculturale	
Formazione	Organizzazione 1, 2, 3
Formazione e consulenza antropologica	Organizzazione 2
Strumenti diagnostici bilinguismo	
Équipe etnopsichiatrica e ambulatorio con mediazione fissa per richiedenti asilo e rifugiati	
Regolamento pulizia mortuaria multireligioso	
Alimentazione “multireligiosa-multietnica”	Organizzazione 3
Stanza del silenzio	
Assistenza religiosa	
Le pratiche di sviluppo di collaborazioni interdipartimentali e integrazione fra i servizi	
PDTA per i controlli sanitari per rifugiati e richiedenti asilo	Organizzazione 2
Pratiche di iscrizione al servizio sanitario per i cittadini stranieri	
Equipe Multidisciplinare RTP	Organizzazione 1
Pratica professionale: Remind	Organizzazione 1
Collaborazioni interdipartimentali : prenotazioni visite, continuità delle cure	Organizzazione 1,3
Pratiche di partecipazione e collaborazioni interorganizzative nella comunità	
Alfabetizzazione sanitaria con le comunità	Organizzazione 1,2,3
Educatore Sanitario di comunità	Organizzazione 2
Interviste e focus group	Organizzazione 1,2
Moduli formativi sulle tematiche della prevenzione in convenzione con i CPIA (centro provinciale istruzione adulti).	Organizzazione 1
Tavolo di consultazione rappresentanti religiosi	Organizzazione 3
Partnership con un’associazione di volontariato per le cure ambulatoriali per le persone senza permesso di soggiorno.	Organizzazione 1
Partnership con azienda privata per la fornitura di farmaci	
Finanziamento per l’acquisto di farmaci	
Partnership con l’odontoiatria sociale, con il sistema SPRAR, Coordinamento Enti Gestori- ASL	Organizzazione 2
Partnership e co-progettazione fra servizi di salute mentale infanzia, le scuole, associazioni	
Partnership con stakeholder per ricerca	Organizzazione 1
Partnership con reti o organizzazioni con expertise su CC	

Lo sviluppo di strategie ha riguardato le attività di cura e assistenza, ma anche di prevenzione e promozione della salute. C'è inoltre un attuale investimento per rispondere ai bisogni sanitari di rifugiati e richiedenti asilo, attraverso la partecipazione a fondi FAMI, in alcuni casi.

Si è fatto riferimento ad alcuni principi per l'integrazione delle pratiche CC nel sistema di erogazione nei singoli casi, che paiono preziosi per loro diffusione:

- Differenziazione delle pratiche in base al tipo di vulnerabilità specifica
- Differenziazione delle pratiche in base all'expertise dei servizi, tenendo conto di bisogni specifici e "nuovi".
- Condivisione con il gruppo di lavoro, con i servizi per "esportare/ istituzionalizzare" buone pratiche interne.
- L'implementazione dei progetti secondo una logica a lungo termine, evitando la delega e puntando alla crescita delle risorse dei servizi.

Entrando più nello specifico del confronto fra i casi, sul versante interno, lo studio mostra lo sforzo verso l'implementazione di pratiche più tradizionali dirette alla barriera linguistica: si veda la centralità della mediazione culturale e la traduzione di materiale informativo (Ingleby, 2011) o della formazione degli operatori. Nei casi 1 e 2, emergono più sviluppate e valorizzate pratiche che rispondono maggiormente ad una visione sistemica della CC e che richiedono processi di collaborazione intra e inter-organizzativa. Le pratiche così intese sostengono la garanzia dell'accessibilità ai servizi (economica, geografica e di accesso in base alla normativa), della qualità dell'assistenza e della continuità delle cure, con attenzione alle nuove domande di salute dei richiedenti asilo.

Nel caso 3 le collaborazioni interorganizzative sono apparse collegate allo sviluppo di attività di ricerca specifiche su temi CC o, nel servizio, o a favore delle co-produzione.

Nel caso 2 sembra esserci maggiore condivisione delle pratiche fra i livelli organizzativi e quindi supporto per gli interventi sviluppati, anche se appaiono al livello del servizio più ristrette; mentre nel caso 1 e 3 c'è minor corrispondenza delle aree centrali fra i diversi attori organizzativi.

Per quanto riguarda le azioni specifiche dirette all'accessibilità, il caso 1 si distingue per la presenza di un servizio dedicato ad accesso diretto collegato alla presenza della mediazione fissa per l'utenza con maggior difficoltà linguistiche e di health literacy di cui si sono evidenziati gli effetti positivi in termini di accessibilità ma anche il rischio del sovraccarico per le operatrici. Mentre negli altri servizi dello studio, interventi strutturali per l'accesso sono collegati a strategie specifiche: nel caso 2 essi sono relativi agli interventi di promozione della salute per un determinato gruppo linguistico (corso pre-parto); nel caso 3 si è sviluppato un "accesso programmato" per la valutazione e la presa in carico delle donne richiedenti asilo vittime di violenza e o tortura.

Quanto all'area della formazione, il caso 2 si distingue per l'attenzione a sviluppare la CC attraverso forme di apprendimento legate alla pratica (ad es. tramite la consulenza antropologica). La letteratura infatti ha messo in luce la ridotta efficacia di una formazione slegata dal contesto (Chiarenza *et al.*, 2019; Jongen *et al.*, 2018). Aree critiche sono state evidenziate negli altri casi; esse mostrano l'importanza di costruire percorsi formativi ancorati ai bisogni professionali (pena la sensazione di "indottrinamento") e l'importanza, di sostenere attraverso la formazione, sia i servizi esperti che i servizi ancora poco sensibilizzati. Appare in tutti i casi da sostenere la formazione specifica per i livelli intermedi o manageriali, mentre nel caso 3 rimane critica, in base alle indicazioni della letteratura (Troung *et al.*, 2014) la presenza di interventi formativi presentati per gruppi culturali.

Quanto alla riduzione della barriera linguistica culturale e alla mediazione, presente in molteplici modalità, essa è apparsa come strategia centrale a tutti i livelli con diverse funzioni e gli è attribuito un ruolo chiave sia nei processi clinici, quale supporto all'operatore per ridurre la barriera linguistica-culturale, sia nei processi di accesso soprattutto nella modalità fissa. In questo caso si sviluppano maggiori collaborazioni interprofessionali e con i pazienti a favore della qualità dell'assistenza e dell'accesso ("fidelizzazione"). Un punto importante appare, quindi collegato alla collaborazione interprofessionale, ovvero alla capacità di "gestire i confini professionali",

evitare la delega al mediatore e investire nella costruzione di una relazione fiduciaria con l'utente. In riferimento ai "modelli" della mediazione, nel caso 1 e 2 la mediazione è descritta anche facendo riferimento al modello delle figure di prossimità, mentre nel caso 3 ha una funzione collegata all'accesso in particolare per l'utenza con STP. Interessante è inoltre la visione che descrive il mediatore culturale come figura, non solo a supporto dell'incontro clinico, ma anche dell'équipe nella progettazione e revisione delle pratiche del servizio. Il caso 1 si distingue, inoltre al livello del servizio per un investimento, anche se da migliorare, sulla promozione dell'apprendimento della lingua italiana per le pazienti attraverso pratiche più formalizzate o attraverso la relazione clinica e la partecipazione della famiglia.

Sono stati riscontrati alcuni punti critici trasversali: l'uso diffuso della mediazione nei servizi, la disponibilità in termini di ore delle mediatrici, il minor utilizzo della mediazione a chiamata o telefonica, le resistenze dei pazienti all'uso della mediazione per motivi collegati alla privacy. In termini di gestione strategica soprattutto nel caso 1 si sono evidenziate le pratiche del monitoraggio dell'utilizzo aziendale e della formazione per i mediatori stessi su temi specifici e sulla relazione interprofessionale.

Le pratiche intraorganizzative sono apparse meno sviluppate a livello aziendale nel confronto fra intercaso. Tuttavia, si sono rivelate importanti per la pratica clinica, per la continuità delle cure e i processi di accesso (Caso 1 e Caso 3) e sono state valorizzate come strumento di apprendimento organizzativo (Caso 2). Nel caso 1 e 2 queste riguardano la presa in carico di richiedenti asilo in modo più o meno stabile, attraverso lo sviluppo di équipe multidisciplinari (Caso 1) o di politiche aziendali per chiarire e uniformare pratiche di accesso coerenti con le politiche nazionali (PDTA) o le pratiche amministrative sull'accesso.

Nel caso 1 il servizio è l'unico con relazioni istituzionalizzate con altri servizi ed è stato proposto di introdurre "*health navigator*" a supporto delle azioni messe in atto dai professionisti per facilitare l'accesso ai servizi e la continuità dell'assistenza (es. prenotazioni). Così per le operatrici nel caso 3 la revisione delle pratiche professionali è volta a garantire l'accessibilità economica e la continuità dell'assistenza attraverso l'integrazione fra i servizi - strategie non evidente per gli altri livelli.

8.4.2 Le pratiche partecipative, le barriere e i facilitatori

Le pratiche partecipative, come indicato dalla letteratura, sono un indicatore centrale del grado di sviluppo della CC di un contesto sanitario (Ocloo *et al.*, 2016). Pertanto, con particolare attenzione a questa area, sono stati esaminati gli elementi che rappresentano barriere o facilitatori all'implementazione di pratiche partecipative.

- La prima questione riguarda la percezione di priorità della pratica partecipativa nei processi di erogazione di servizi culturalmente competenti.
- La seconda il suo grado di diffusione e/o disomogeneità sul territorio.
- La terza questione cosa si intenda per pratica partecipativa.
- La quarta riguarda le barriere all'implementazione di pratiche CC.
- La quinta, infine, le strategie migliorative evidenziate.

Le pratiche partecipative dell'utenza appaiono come un'area su cui investire fortemente in tutti e tre i casi analizzati.

Nel caso 1 è espressa l'esigenza di un investimento maggiore rispetto a quello attuale in quanto, essendo attualmente "*meno sistematiche*", le pratiche partecipative rischiano di risultare precarie. È in particolare il livello manageriale che riporta tale urgenza. Una minore priorità

all'implementazione di questo tipo di azioni è apparsa per le operatrici, in relazione alla percezione di maggiori difficoltà di coinvolgimento diretto della popolazione straniera, che orienta verso forme di rappresentazione indiretta (tramite le mediatrici).

Nel caso 2, l'organizzazione sta sviluppando pratiche partecipative che sono valorizzate a tutti i livelli, anche se percepite come complesse da implementare (soprattutto per il livello manageriale), in quanto considerate centrali per la costruzione di legami significativi con i gruppi a favore dell'accesso, e per creare spazi di promozione della salute raggiungendo un'utenza più ampia.

Quanto al suo grado di diffusione, i dati mostrano una situazione variegata nei 3 casi.

Nel caso 1 è presente a livello aziendale un progressivo sviluppo dei servizi verso l'esterno e la comunità: le pratiche partecipative sono descritte come un processo graduale che consente di favorire l'accessibilità ai servizi e alle informazioni sulla salute ma anche all'accesso (informazioni su normativa STP), attraverso forme di alfabetizzazione sanitaria partecipata. Tuttavia, le pratiche di partecipazione sono quelle meno stabili tra le pratiche dei servizi e permangono importanti disomogeneità tra le diverse realtà territoriali, così da ritenere prioritario (come ricordato) un investimento strutturale sul tema.

Nel caso 2, le strategie a sostegno della partecipazione dell'utenza non sono viste, a livello centrale, come altamente strutturate e diffuse, pur essendoci il tentativo di allargare la rappresentatività negli organi consultivi. Le relazioni con le comunità appaiono più stabili con alcune di esse. A fronte di tale percezione a livello centrale, le pratiche in alcuni contesti territoriali appaiono fortemente investite e inoltre innovative, grazie alla partecipazione a progetti per l'implementazione del modello ESC e allo sviluppo di progetti di ricerca-formazione.

Nel caso 3, gli interventi di alfabetizzazione sanitaria in una *logica outreach* e di promozione della salute sono apparsi come precari e svolti solo in passato. Le pratiche di partecipazione sono maggiormente sviluppate a livello manageriale, in forma di azioni di consultazione della rete esterna, anche se ristrette ad alcuni ambiti e gruppi (tema religione).

Le pratiche partecipative riguardano il coinvolgimento degli utenti a diversi livelli:

- degli utenti in forma individuale (come singoli fruitori dei servizi)
- degli stakeholder in forma organizzata (tramite le associazioni formali e i gruppi non formali di persone straniere associati, di organizzazioni che hanno nel loro core service il supporto alle persone di origine migrante, fino alla collaborazione con organizzazioni o istituzioni del settore privato);

e su diverse fasi del processo produttivo:

- progettazione
- erogazione
- valutazione.

La pratica raccontata con più immediatezza (pur nelle difficoltà di realizzazione) è quella del coinvolgimento degli utenti singoli, nella fase della fruizione del servizio (per esempio ribadendo l'esigenza di sostenere la *health literacy* dei pazienti stranieri), o nella fase della valutazione, in una sua accezione predominante, che è quella della misurazione del grado di soddisfazione degli utenti rispetto al servizio erogato. Più problematica risulta invece la pratica della valutazione intesa non come rilevazione della soddisfazione, ma come valutazione degli esiti e del processo di erogazione del servizio. Parimenti, appare difficilmente sostenibile il coinvolgimento dei pazienti inteso come costruzione di esperienze di co-progettazione e co-produzione a maggior ragione se si prende in considerazione l'utenza in forma organizzata. Alcune pratiche più sofisticate di valutazione e di consultazione presenti nel passato a livello di servizio consultoriale (nel caso 1) oggi sono addirittura scomparse a favore di una delega di tali pratiche organizzative al ruolo del mediatore tradizionale.

Le pratiche più sofisticate (in linea con le indicazioni della letteratura) sono attualmente rilevabili nel caso 1 e 2 riguardano processi di coinvolgimento di gruppi e comunità per la co-progettazione di interventi di educazione e alfabetizzazione sanitaria, sotto forma di progetto, e specifico nel caso 2 di promozione della salute attraverso community coalition sul tema del bilinguismo con differenti stakeholder (associazioni, ASL, Scuola).

Nel caso 1 è apparsa preziosa la collaborazione con la consulta degli stranieri locale, per avviare, progettare ed erogare un processo di alfabetizzazione.

Nel caso 3, sono sostenute e valorizzate dal management forme sofisticate di consultazione, circoscritte tuttavia a questioni molto specifiche inerenti le pratiche religiose legate all'ospedalizzazione (pulizia mortuaria, menù interreligioso). In questo caso, gli stakeholder coinvolti sono i rappresentanti delle comunità religiose. Essi sono inoltre coinvolti in caso di conflitto con i pazienti nei processi clinici, ma questa pratica solleva riflessioni per l'assenza di dispositivi di supervisione (Abubakar *et al.*, 2018; Jassen *et al.*, 2005).

Le collaborazioni sono presenti non solo con le forme organizzate degli utenti, ma anche tramite collaborazioni inter-organizzative e dispositivi formali con istituzioni che hanno nel loro compito primario il sostegno ai migranti (ad es. di accoglienza dei richiedenti asilo).

Ci sono poi problemi specifici che hanno attivato la riorganizzazione dei processi produttivi: la presa in carico di donne vittime di violenza e tortura richiedenti asilo ha condotto ad una modifica dei processi clinici e ad un forte investimento sulla rete esterna, sia per facilitare l'accesso che la co-produzione con il terzo settore, ottimizzando l'uso delle risorse per la mediazione e l'assistenza psicologica e per garantire esperienze formative centrate sui bisogni del servizio. In questi casi, a fronte di un investimento difficoltoso sulla collaborazione interna, la collaborazione con la rete esterna ha consentito di svolgere una funzione di *advocacy* volta a diffondere sensibilità sul tema.

Quali strategie fondamentali sono riconosciute:

- la “mappatura” dei luoghi di incontro e delle associazioni e la collaborazione con organizzazioni di persone straniere.
- La necessità di figure specifiche a supporto dei processi partecipativi con le comunità, le associazioni e le scuole (oltre alla figura del mediatore “tradizionalmente inteso”).
- Sostenere un approccio CC di sensibilità alle differenze che promuova la consapevolezza dell'intravariabilità dei gruppi e delle condizioni di esclusione sociale in termini di rappresentanza all'interno dei gruppi organizzati (si veda la posizione delle donne).
- Variare i metodi di coinvolgimento, come sottolineato in letteratura (Kalathil, 2008), a fronte della consapevolezza che, se nel nostro contesto pratica partecipativa significa muoversi dal basso (Chiarenza *et al.*, 20014), la diversità culturale condiziona le diverse concezioni di partecipazione. Ad esempio, nel caso 2, il coinvolgimento passa attraverso momenti non strutturati come la partecipazione alle feste della comunità.

Le barriere specifiche relative ai processi partecipativi che riguardano pratiche outreach e il coinvolgimento dell'utenza a livello organizzativo (progettazione, erogazione, valutazione) possono essere definite in tre macro-tipologie, fra loro collegate: barriere “demand-side”; barriere “supply-side” e barriere esterne del contesto socioculturale.

Demand-side. Queste barriere riguardano la rappresentatività, la raggiungibilità, l'intravariabilità e la diversità culturale dei gruppi di persone di origine straniera che rendono complesse le pratiche partecipative secondo metodologie tradizionali. Nei casi 1 e 2, è percepito come complesso attivare processi partecipativi inclusivi e determinare gli interlocutori sia per la numerosità sia per la frammentarietà dei gruppi sia per la difficile raggiungibilità di alcuni gruppi.

Fra queste i professionisti hanno messo maggiormente in evidenza le difficoltà di coinvolgimento collegate alla minor integrazione sociale.

Supply-side. Riguardano le dimensioni organizzative che influenzano la possibilità di attivare e sostenere nel tempo pratiche partecipative e ridurre l'esclusione dei gruppi minoritari dai meccanismi partecipativi, quali: carenza di risorse dedicate, vincoli organizzativi, carenza di figure dedicate specifiche, scarsa inclusività delle infrastrutture partecipative. I vincoli organizzativi individuati sono relativi alla scarsità di risorse dedicate (con conseguente selettività e precarietà delle iniziative) (caso 2), agli orari di lavoro dei professionisti impegnati nelle pratiche partecipative incoerenti con i bisogni della comunità e alla scarsa inclusività delle strutture del reclamo e di consultazione (caso 1), alla mancanza di un coordinamento e di una rete visibile degli interlocutori sul territorio, dato che i dispositivi aziendali di partecipazione richiedono un'alta formalizzazione delle associazioni che limita l'accesso alle associazioni meno formalizzate (caso 2), alla mancanza di riferimenti a metodi capaci di gestire processi partecipativi a fronte di asimmetrie di potere fra personale "esperto" e utenza (caso 2).

Contesto socioculturale. Sono emerse alcune barriere esterne: innanzitutto, il clima politico attuale di discriminazione contro le persone di origine straniera, che è un ostacolo alla creazione di processi condivisi di partecipazione in quanto attacco al legame sociale, visibile in alcune scelte politiche, quali ad es. la chiusura di una struttura comunale dedicata all'integrazione che permetteva il contatto le associazioni e gruppi, nel caso 2.

Inoltre, nel caso 1, si accusa un'attuale concezione diffusa di partecipazione secondo un modello individualistico e utilitaristico (ossia di pretesa singolare), a fronte di un passato modello democratico di condivisione dei problemi in termini di convivenza sociale.

8.4.3 Barriere, facilitatori e il supporto alla CC

Lo studio ha permesso di evidenziare sia le barriere ricorrenti e le condizioni facilitanti che gli attori organizzativi possono incontrare, sia le specificità di ogni contesto nell'intreccio di condizioni micro-meso e macro. Come discusso in letteratura e nella presente ricerca le barriere e i facilitatori si distribuiscono a diversi livelli del sistema sanitario.

Si sono rivelate a questo proposito significative le pratiche di supporto delle figure manageriali (in aggiunta a quelle strutturali, vedi. parag. 8.1), che hanno messo in luce l'importanza di attivare processi partecipativi attraverso la co-progettazione nei servizi, la condivisione con l'équipe, della tutela dell'immagine organizzativa e delle azioni di advocacy verso l'equità attraverso il riferimento alla ricerca valutativa ed epidemiologica a livello organizzativo e regionale.

Barriere. Nei diversi contesti organizzativi sono apparse quali barriere trasversali (citati in almeno 2 casi):

- Il clima politico – immagine negativa – favoritismo
- Le resistenze del personale
- Il supporto organizzativo
 - sovraccarico
 - divergenze su priorità
 - cambiamenti aziendali (i.e direzioni);
 - risorse economiche

L'impatto della dimensione politica e il rischio di strumentalizzazioni delle pratiche di CC, che paiono soffrire di un'immagine esterna negativa collegata al tema del favoritismo è apparso trasversale tra le organizzazioni e i livelli, e in alcuni casi, come problema altamente sensibile. La

difficoltà di mostrare esternamente pratiche CC, evidenziata nello studio, che condiziona non solo la diffusione inter-intra organizzativa e la possibilità di advocacy, ma anche il rapporto con l'utenza, rappresenta un aspetto innovativo nel dibattito, in quanto raramente discusso in letteratura, dove più spesso si sottolinea l'importanza di "pubblicizzare" esternamente le pratiche di CC. Appare quindi quale dato da approfondire se si considera la necessità di creare coordinamento e visibilità funzionali alla diffusione della CC nel sistema dei servizi. In questo senso uno scarso investimento sulla CC nelle organizzazioni può essere collegato ad una minore legittimizzazione esterna (prestigio).

Si è fatto riferimento alle resistenze degli operatori e del personale medico, per stereotipi o come conseguenza del poco supporto organizzativo quale fattore che può rendere più complessa l'implementazione, attraverso il meccanismo della delega, la collaborazione interprofessionale o le pratiche per l'accesso (es. procedure accesso STP). Tale tema è apparso inoltre critico per il middle management e la gestione dell'équipe, in quanto muoversi in ottica CC può richiedere un sovraccarico per l'operatore, e può richiedere di affrontare il tema "spinoso" delle possibili pratiche discriminative.

Carenze nel supporto organizzativo sono rilevanti per la possibilità di innovare e sostenere nel tempo un orientamento verso pratiche CC. Il tema dei cambiamenti organizzativi, soprattutto in relazione al cambiamento delle direzioni sanitarie ha messo in luce il rischio di precarietà nell'investimento su CC. Allo stesso modo la carenza di risorse dedicate per specifici interventi CC o di risorse economiche strutturali per i servizi sanitari agisce sul minor investimento su strategie aziendali CC (es. mediazione, formazione).

Nel caso 1 barriere significative sono collegate a carenze nel supporto organizzativo percepite nel servizio dal middle management in termini di risorse (es. formazione) e come carenza nel coordinamento aziendale sui temi della CC; dai professionisti come sovraccarico e "conflitto" rispetto alle politiche CC del servizio in connessione con la "distanza" dalle politiche regionali. In coerenza con l'analisi effettuata si evidenziano, quindi, barriere di tipo "culturale" che mettono in risalto le diverse posizioni sull'implementazione di pratiche CC fra gli attori organizzativi. Nel caso 2 maggiori barriere sono emerse sul tema della resistenza al cambiamento o delle resistenze dei professionisti in relazione all'implementazione di interventi CC e alla relazione interorganizzativa. Anche in questo caso si è fatto riferimento alla necessità per gli operatori di una maggior partecipazione riferita alla valutazione degli sforzi compiuti per sviluppare pratiche CC. Il caso 3 si distingue per la percezione di un ambiente organizzativo "altamente resistente" a livello operativo, di cui solo parzialmente il top management sembra consapevole, e per le maggiori barriere dichiarate anche a livello manageriale, in termini di risorse dedicate e risorse necessarie per il coordinamento organizzativo.

Facilitatori. Nei diversi contesti organizzativi sono apparsi quali facilitatori trasversali (citati in almeno 2 casi):

- Le politiche e sistemi di governance regionali
- Le collaborazioni esterne
- Il supporto organizzativo
 - Risorse (es. mediazione)
 - Co-progettazione
 - Riconoscimento
- Gruppo di lavoro

In tutti i contesti, si è fatto riferimento a politiche regionali che in modo più o meno sistematico, stabile e coerente hanno sostenuto interventi CC nelle organizzazioni. Per i livelli manageriali sono stati citati in particolare i sistemi di coordinamento regionale. Si osserva inoltre

che dove è meno presente un ruolo regionale forte, si è espresso il bisogno di un confronto interorganizzativo o di framework di riferimento per guidare l'implementazione, che si può collegare alla non diffusione di linee guida metodologiche relative alle strategie organizzative a sostegno dell'equità per l'utenza di origine straniera (Dogra *et al.*, 2009).

La capacità di attivare e mantenere relazioni esterne si dimostra alla base dello sviluppo di interventi CC, come scambio di risorse e buone prassi (sia con organizzazioni no-profit che con organizzazioni istituzionali). Il supporto organizzativo espresso a più livelli come forma di sostegno in termini di allocazione di risorse, sostegno alla progettazione e riconoscimento delle difficoltà per proporre cambiamenti organizzativi, si è evidenziato dove presente, come un fattore di facilitazione per le pratiche e lo sviluppo di interventi CC.

È emersa quale dimensione capace di supportare la pratica clinica e un orientamento all'equità il gruppo di lavoro. Come fattori di sostegno sono stati sottolineati: la condivisione valoriale, il supporto emotivo e il confronto interprofessionale, per casi sentiti più complessi per i diversi bisogni socio-culturali e dove è più forte la sensazione di sovraccarico. Entrando nel dettaglio del confronto fra i casi, è emerso come nel caso 1 (in relazione a condizioni strutturali definite dal servizio) il gruppo di lavoro, attraverso la condivisione del caso, possa facilitare la presa in carico e un'attenzione alle barriere all'accesso e alla continuità delle cure. Nel caso due si sono sottolineati gli aspetti culturali, di condivisione valoriale: sviluppare pratiche CC è stata sentita come una priorità condivisa che ha permesso all'équipe di impegnarsi per affrontare il problema delle disuguaglianze nel servizio. Nel caso 3 è emerso in particolare il valore del confronto interprofessionale per sostenere un approccio clinico di personalizzazione. Questi risultati mettono in risalto come la CC sia da intendersi come qualità del gruppo di lavoro e il frutto di valori e pratiche condivise, in coerenza con quella parte di letteratura, al momento minoritaria, che vuole superare una concezione della CC come unicamente collegata alla competenza individuale (Dauvrin & Lorant, 2015). Nel caso 1 emerge con forza il ruolo delle politiche regionali come sostegno alle pratiche manageriali e delle collaborazioni interorganizzative, e in modo specifico per il livello operativo, è emerso il ruolo delle condizioni di "efficienza organizzativa".

Il caso 2 si distingue per la percezione condivisa del supporto organizzativo (dal top al middle al livello operativo e viceversa) e per un clima condiviso di apprendimento. Tale clima sembra abbia permesso di trasformare forme di disarmonia organizzativa, divenute rilevanti con i bisogni portati dalla "nuova utenza" in occasioni di apprendimento organizzativo con benefici per la qualità del servizio - quindi per l'accoglienza di tutti i pazienti (Tognetti Bordogna, 2011). Anche nel caso 3 l'aumento di accessi di donne richiedenti asilo, tramite la rete di stakeholder e la formazione ha dato l'avvio allo sviluppo di nuove pratiche, ma nella percezione degli operatori, permangono criticità collegata a carenze nel supporto organizzativo (es. disponibilità mediazione e supporto psicologico per le pazienti). Inoltre, il caso 3 si distingue per il riferimento a facilitatori di tipo personale come le esperienze internazionali.

8.5 Discussione. La connessione tra il sistema macro-meso-micro

L'analisi multilivello richiede una comparazione fra i dati emersi a livello di politiche regionali e di pratiche organizzative per mettere in luce le interconnessioni fra i diversi sistemi che regolano il complesso sistema dei servizi sanitari e le azioni a favore della riduzione delle disuguaglianze.

A partire dal confronto delle politiche regionali studiate attraverso l'analisi dei piani socio-sanitari regionali si possono evidenziare alcune convergenze tra le linee di indirizzo nei tre contesti regionali e le scelte organizzative in termini gestionali, che mettono in luce il ruolo delle politiche regionali nel sostenere la CC.

Le politiche regionali sembrano influenzare in modo più diretto il commitment organizzativo a sostegno dei modelli partecipativi. Alcune delle differenze rilevate fra le tre organizzazioni sono da leggersi infatti guardando all'influenza del livello macro sui differenti modelli gestionali e culturali.

Nel contesto 1 e nel contesto 2, gli approcci che sostengono le pratiche di commitment organizzativo a favore dell'equità e della CC sono in sintonia con le politiche regionali, dove abbiamo rilevato un'attenzione specifica alla riduzione delle disuguaglianze, sia in relazione ad una concezione multilivello dell'equità nell'organizzazione sia in relazione alla definizione degli obiettivi e dei target di riferimento. La distinzione tra l'approccio all'equità e di sensibilità alle differenze da una parte e l'approccio specifico per la riduzione delle disuguaglianze sanitarie per l'utenza con background migratorio dall'altra è visibile nelle politiche dei piani socio-sanitari e negli oggetti degli attuali dispositivi di coordinamento regionale dei due contesti, rispettivamente Emilia-Romagna e Toscana.

Inoltre, nel caso 1 la maggior istituzionalizzazione dell'approccio all'equità e sensibilità alle differenze e un maggior investimento nelle pratiche partecipative del sistema di erogazione si può mettere in relazione alla storia delle politiche regionali e ai dispositivi di coordinamento che sembrano permettere la diffusione, la formazione e il confronto interorganizzativo a livello regionale.

Nel caso 1 e 2, le disposizioni regionali hanno trovato formale traduzione nella programmazione aziendale e in strutture dedicate in staff alla direzione sanitaria o strategica, quali punti di riferimento a livello regionale (si veda ad es. il ripensamento del "board equità" in Emilia-Romagna e la formalizzazione della posizione organizzativa dei referenti aziendali sulla salute migrante, in Toscana).

La minor attenzione al tema delle disuguaglianze organizzative e la minor enfasi sugli aspetti gestionali collegati alla CC, per esempio in termini di leadership formalizzata, rintracciati nelle politiche sanitarie del piano socio-sanitario vigente in Piemonte, sembra ritrovarsi nell'approccio manageriale del caso 3. Tuttavia, qui è stato rintracciato un investimento sul tema del rispetto delle differenze religiose e riduzione delle barriere linguistiche che non è apparso nell'analisi condotta sulle politiche. Anzi, l'azienda sembra porsi come "apripista" a livello regionale sul tema. Pertanto, il dato di maggior frammentazione a livello regionale piemontese merita ulteriori approfondimenti.

Il problema della frammentazione sembra porsi anche in relazione alla connessione con gli stakeholder esterni, i quali in Emilia-Romagna in modo interessante, hanno posto attenzione all'importanza della definizione di figure di responsabilità organizzative, che non sono parse sempre visibili, per favorire i processi di advocacy e partecipativi.

Le disomogeneità dei sottogruppi a cui si riferiscono le politiche regionali evidenziata attraverso l'analisi dei piani regionali, in parte, si sono riscontrate nelle pratiche aziendali: mentre nel caso 1 e caso 2 si è riscontrato un focus sui diversi sottogruppi e i loro problemi di salute, tenendo in considerazione sia le prime generazioni, che le seconde generazioni e i bisogni sanitari dei neo-arrivati, nel caso 3 pratiche specifiche per i neo-arrivati sono state sviluppate in modo consistente a livello del servizio, e in modo minoritario a livello aziendale (es. mediazione culturale). In particolare, nei casi 1 e 2 la presenza di pratiche specifiche per la tutela della salute di richiedenti asilo e rifugiati si collega a progetti FAMI regionali, che i diversi intervistati, negli studi condotti, hanno sottolineato come occasione per un "rinnovato interesse" per lo sviluppo di pratiche CC, pur mettendo in luce il rischio di frammentarietà. Gli stakeholder del Terzo Settore intervistati, in aggiunta, hanno portato l'attenzione su bisogni sanitari che non appaiono riconosciuti in modo prioritario dalle organizzazioni, come le barriere all'iscrivibilità per una parte della popolazione di origine migrante (il tema degli "invisibili").

Le fasi di sviluppo delle pratiche CC che sono state sottolineate nei contesti organizzativi esaminati sembrano ripercorrere gli orientamenti politici regionali. In Emilia-Romagna si mostra la tendenza al superamento dell'approccio per target, e quindi una valorizzazione dell'equità per tutti, dopo anni di grande investimento percepito a tutti i livelli organizzativi, che ha sollecitato l'accusa di favorire un target a discapito di altri. Il valore della "giustizia sostanziale" enfatizzato

nelle politiche regionali è apparso quindi interpretato in maniera contraddittoria dai diversi attori organizzativi, anche se a livello operativo sembra potersi ancorare al valore della salute pubblica.

In Toscana nell'azienda e nel servizio è emerso un senso di innovazione a favore delle pratiche di promozione della salute dei migranti, che si può collegare alla nuova costituzione del Centro regionale di Salute Globale anche se il ruolo delle politiche a livello operativo è meno visibile. In Piemonte, si è mostrata maggiormente la discontinuità del sostegno regionale alle pratiche CC.

Un'ulteriore differenza fra le pratiche organizzative dei tre contesti organizzativi collegata alle politiche regionali riguarda lo sviluppo di pratiche di partecipazione.

Abbiamo visto come nelle politiche regionali la questione della partecipazione rimanga un tema delicato e cruciale. La partecipazione di migranti e stakeholder alla produzione e allo sviluppo di politiche e programmi regionali è percepita come scarsamente visibile e frammentata. Addirittura, nel caso del Piemonte, non sono riconosciute, nei documenti di programmazione dei servizi sanitari esaminati, politiche specifiche di sostegno alla partecipazione delle persone straniere. Se è presente un investimento sulle istanze partecipative come nel caso dell'Emilia-Romagna, esso è criticato in parte per l'assenza di focus specifico sul target migranti. Vi è inoltre la percezione di una "impreparazione" in termini di risorse e modelli di intervento specifici.

Oltre alla percezione di una scarsa diffusione delle pratiche partecipative, si riconosce la necessità di un investimento maggiore e più strutturale, che superi modalità di tokenismo. Come riportato in letteratura (Ingleby, 2011), sono state messe in evidenza le condizioni di esclusione sociale - dalla precarietà delle condizioni di vita, ai limitati diritti di cittadinanza delle seconde generazioni, al clima politico anti-immigrazione - che strutturalmente minano l'abilità e la capacità di poter partecipare ai processi decisionali che riguardano le politiche sanitarie.

Tuttavia, è stato possibile rilevare pratiche di partecipazione ancorate al concetto di partecipazione della comunità nell'organizzazione 1 e nell'organizzazione 2 ("le logiche outreach e hard to reach") in sintonia con le politiche regionali che promuovono la partecipazione comunitaria, intesa come analisi dei bisogni e co-produzione delle politiche socio-sanitarie.

In relazione alle pratiche di sviluppo dei servizi, l'ancoraggio alle logiche di prossimità (es. "agente di salute"; educatore di comunità) si rintraccia nelle politiche regionali o nelle esperienze regionali nel caso 1 o 2. In Piemonte, pur essendo presenti, tali pratiche restano meno formalizzate e riconosciute.

Nel tentativo di fare connessioni fra i diversi sistemi, sembra utile considerare anche il ruolo di fattori contestuali, quali le risorse locali organizzative e interorganizzative. Come già discusso (vedi capitolo 3), le politiche sembrano essere una condizione necessaria ma non sufficiente per diffondere pratiche CC nei servizi sanitari locali, poiché un dato confermato riguarda il gap di implementazione nel passaggio dalle politiche alle pratiche, oltre alla "disomogeneità interna".

I dati suggeriscono l'importanza di considerare il rapporto di interdipendenza tra i livelli: alcuni contesti si mostrano come luoghi di innovazione in presenza di una cultura a favore della CC, la presenza di ruoli di responsabilità formali o informali sulla CC e di una buona collaborazione interorganizzativa. La dimensione interorganizzativa è apparsa come uno degli assi che facilita lo sviluppo di pratiche CC, in particolare nel sistema di erogazione, e ne determina modalità di implementazione: la collaborazione fra servizi sanitari, organizzazioni no-profit e del terzo settore e istituzioni si mostra, infatti, come driver per l'avvio di interventi CC nelle tre diverse organizzazioni.

Sembra importante infine porre l'attenzione sulla percezione del bisogno di supporto e maggior investimento organizzativo che appare trasversale nei contesti esaminati, e che è presente anche laddove il tema degli interventi CC è percepito con più resistenza o dove ci sono pratiche più sviluppate.

Ai livelli manageriali è stato espresso come bisogno di dare priorità o sistematicità attraverso modelli di riferimento e di condivisione di pratiche di sviluppo di CC e di supporto degli operatori, a livello operativo come bisogno di supporto nel confronto con la diversità (linguistica, culturale, sociale).

A conclusione di questa ricerca sembra utile sottolineare come i dati raccolti hanno mostrato in modo più sistematico, anche se non esaustivo, sia la presenza di disuguaglianze nell'accesso e

nella qualità dell'assistenza e nei processi partecipativi, che non sempre appaiono riconoscibili, sia l'investimento delle organizzazioni su questi temi, ma anche il bisogno di supporto espresso da differenti stakeholder. Il tema della visibilità, che si è mostrato altamente problematico, appare essere una questione cruciale e una contraddizione interna che influisce sulla possibilità di implementazione della CC. La visibilità dei dati e delle pratiche intra/inter-organizzative appare favorire l'implementazione della CC, ma allo stesso tempo l'intervento su pratiche rivolte alla popolazione straniera può soffrire di un'immagine negativa diventando un tabù (*“non nominarli”, “non si può dire”, “camuffare” “non pubblicizzare”*).

A partire dai risultati di questo lavoro sembra utile un investimento, nel contesto nazionale, in termini di ricerca e di intervento a livello organizzativo e politico verso la definizione di modelli organizzativi partecipativi che possano supportare le organizzazioni nella progettazione, implementazione e valutazione delle pratiche in ottica di CC, equità e sensibilità alle differenze, dando maggior indicazioni su come bilanciare interventi “target” e “trasversali” e incoraggiando un clima favorevole all'equità per sostenere la “proattività” delle organizzazioni.

8.6 Implicazioni teoriche e pratiche e limiti

I dati permettono di evidenziare alcune implicazioni teoriche e pratiche. Lo studio contribuisce a comprendere l'operazionalizzazione della CC in pratiche organizzative e le condizioni organizzative che intervengono nello sviluppo della CC nel contesto italiano, non ancora studiate in modo sistematico. In particolare, i nostri risultati suggeriscono che, oltre alla formazione del personale, esiste una serie di strategie che i servizi possono utilizzare per migliorare la loro capacità di risposta al problema delle disuguaglianze nell'accesso e nella qualità delle cure, a partire da un investimento nella CC come dimensione sistemica che necessita del sostegno di dispositivi organizzativi specifici, quali i dispositivi formalizzati di coordinamento, i sistemi di ancoraggio ai dati epidemiologici, i dispositivi partecipativi inclusivi. I risultati suggeriscono in particolare la necessità di una gestione non casuale, ma strategica, dell'immagine esterna dei Servizi, grazie all'utilizzo di dati sulla qualità e l'accesso ai servizi. Inoltre, la definizione dell'approccio della CC sotto l'etichetta dell'equità appare strategica per sostenere l'attrattività della questione delle disuguaglianze sanitarie dei migranti.

Per sviluppare CC è emerso il ruolo strategico del middle management, funzione sulla quale sembra importante investire in termini strategici, fornendo supporto alla progettazione e alla formazione per affrontare le barriere alla CC.

Mentre per descrivere la CC del professionista in letteratura si fa generalmente riferimento ad atteggiamenti, valori e competenze collegati alla barriera linguistica culturale nell'incontro clinico (con riferimento ad esempio alle competenze nell'uso della mediazione), i dati rivelano l'importanza e lo sforzo dei professionisti nel facilitare l'accesso e la navigazione ai servizi, come risposta non solo alle limitate competenze linguistiche, ma anche di health literacy. Le pratiche e le competenze collegate alla competenza culturale non si esauriscono quindi a “skills interculturali” relative all'incontro clinico, ma sembrano richiedere pratiche di collaborazione intra-organizzativa e di partecipazione con l'utenza e nella comunità. Coerentemente con la letteratura, i dati raccolti dimostrano come la pratica professionale possa essere messa in crisi di fronte al paziente straniero, per la diversità socio-culturale e la complessità dei bisogni di salute. Il tema della fatica e del dispendio di risorse cognitive, emotive è un dato importante soprattutto in termini di implicazioni pratiche, che in termini gestionali richiede di non sottovalutare il problema, per il benessere dei lavoratori e la qualità del servizio. In più, maggiore è percepita la distanza con il paziente straniero, maggiore sembra essere avvertita la difficoltà in termini di comunicazione operatore-paziente e di compliance.

Riguardo al tema della partecipazione, seppur frammentate e diffuse in maniera non sistematica, nei contesti analizzati sono evidenti pratiche partecipative innovative, creative, efficaci. Ciò è stato passibile di realizzazione grazie ad alcune condizioni e sensibilità particolari: l'attivazione di una rete inter-organizzativa su bisogni altamente specifici, significativi per quel contesto, e per le persone coinvolte (che fossero gli operatori, i pazienti stranieri, le persone straniere aggregate in forme più o meno formalizzate di associazionismo su bisogni particolari, le associazioni di terzo settore a tutela dei bisogni dei migranti). Appare inoltre interessante il riferimento a modelli di convivenza sociale per sostenere pratiche partecipative attente ai bisogni della popolazione e della comunità nel suo insieme.

Ci pare che la contraddizione tra la percezione di una fragilità del sistema e la presenza di pratiche efficaci consenta di individuare una pista promettente di sviluppo delle pratiche partecipative culturalmente competenti che è quella della prospettiva della ricerca-formazione, ossia la possibilità di dare valore, visibilità e quindi diffusione alle esperienze significative dei contesti, senza la pretesa di definire linee guida definitive e onnicomprensive. La prospettiva della ricerca formazione come via metodologica preferenziale, a cui questo lavoro di ricerca ha voluto contribuire.

I dati vanno letti alla luce di alcune limitazioni. Lo studio presenta alcuni limiti alla comparabilità dei dati, legati alla disomogeneità dei casi selezionati e disomogeneità degli strumenti di raccolta dati. La selezione di due ASL e una sola azienda ospedaliera non permette di definire con chiarezza se alcune differenze evidenziate possano essere attribuite alla tipologia di azienda. L'utilizzo non omogeneo dell'intervista individuale a livello manageriale, al fine di essere più attenti alle preferenze degli intervistati, può avere un effetto sulla qualità dei dati raccolti, così come l'utilizzo dell'intervista telefonica: alcuni autori hanno messo in luce come tale modalità possa rendere meno spontanea la conversazione. Lo studio avrebbe potuto beneficiare del riferimento a dati di tipo "oggettivo" come il numero degli accessi o dati su disuguaglianze per approfondire l'efficacia dei modelli organizzativi e spiegare le differenze nelle pratiche sviluppate.

Inoltre, lo studio non ha un disegno longitudinale tale da stabilire con precisione l'impatto di barriere e facilitatori sulla sostenibilità nel tempo delle pratiche culturalmente competenti e dei processi collegati al commitment organizzativo.

Ricerche future sono utili per approfondire la percezione dei pazienti sulle pratiche dei servizi e integrare questi risultati con misure di outcome e indicatori oggettivi come i dati sugli accessi ai servizi.

BIBLIOGRAFIA

- Abubakar, I., Aldridge, R.W., Devakumar, D., Orcutt, M., ...& Hargreaves, S. (2018). The UCL–Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. *The Lancet*, 392(10164), 2606-2654.
- Adamson, J., Warfa, N., & Bhui, K. (2011). A case study of organisational cultural competence in mental healthcare. *BMC health services research*, 11(1), 218. DOI: 10.1186/1472-6963-11-218.
- Aggarwal, N.K., Cedeño, K., Guarnaccia, P., Kleinman, A., & Lewis-Fernández, R. (2016). The meanings of cultural competence in mental health: an exploratory focus group study with patients, clinicians, and administrators. *SpringerPlus*, 5, 384. DOI: 10.1186/s40064-016-2037-4.
- Alizadeh, S., & Chavan, M. (2016). Cultural competence dimensions and outcomes: a systematic review of the literature. *Health & social care in the community*, 24(6), 117-130. DOI:10.1111/hsc.12293
- Anaza N. A., Nowlin E. L., Wu G. J. (2016). Staying engaged on the job: the role of emotional labor, job resources, and customer orientation. *Eur. J. Mark.*50, 1470–1492. 10.1108/EJM-11-2014-0682
- Anderson, L.M., Scrimshaw, S.C., Fullilove, M.T., *et al.* (2003). Culturally competent healthcare systems: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 24, 68-79. DOI: 10.1016/S0749-3797(02)00657-8
- Anthias, F. (2013). Intersectional what? Social divisions, intersectionality and levels of analysis. *Ethnicities*, 13(1), 3-19. DOI: 10.1177/1468796812463547.
- Aries, N.R. (2004). Managing diversity: The differing perceptions of managers, line workers, and patients. *Health care management review*, 29(3), 172-180. DOI: 10.1097/00004010-200407000-00002.
- Baglio, G., Eugeni, E., & Geraci, S. (2019). Salute globale e prossimità: un framework per le strategie di accesso all'assistenza sanitaria da parte dei gruppi hard-to-reach. *Recenti Progressi in Medicina*, 110(4), 159-164. DOI: 10.1701/3154.31341
- Barbier, M., Dardenne, B., & Hansez, I. (2013). A longitudinal test of the Job Demands–Resources model using perceived stigma and social identity. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 22(5), 532-546. DOI: 10.1080/1359432X.2012.698056
- Barbour, R. (2001). Checklists for improving rigour in qualitative research: a case of the tail wagging the dog? *BMJ*, 322(7294), 1115-1117.
- Beach, M.C., Price, E.G., Gary, T.L. *et al.* (2005). Cultural Competence: a systematic review of health care provider educational interventions. *Medical Care*, 43(4) 356- 373.
- Betancourt, J. R., Green, A. R., & Carrillo, M.J.E. (2003). Defining Cultural Competence: A Practical Framework for Addressing Racial/Ethnic Disparities in Health and Health Care. *Public Health Reports*, 118, 293.

- Betancourt, J., Corbett, J., & Bondaryk, M. (2014). Addressing disparities and achieving equity: Cultural competence, ethics, and health-care transformation. *Chest*, 145(1), 143–148. DOI: 10.1378/chest.13-0634.
- Betancourt, J.R., Green A.R., Carrillo, J.E. & Park, E.R. (2005). Cultural competence and health care disparities: key perspectives and trends. *Health Affairs*, 24 (2), 499-505. DOI:10.1377/hlthaff.24.2.499.
- Beune, E. J., Haafkens, J. A., & Bindels, P. J. (2011). Barriers and enablers in the implementation of a provider-based intervention to stimulate culturally appropriate hypertension education. Patient education and counseling, 82(1), 74-80. DOI: 10.1016/j.pec.2010.02.015
- Bhui, K., Warfa, N., Edonya, P., McKenzie, K., & Bhugra, D. (2007). Cultural competence in mental health care: a review of model evaluations. *BMC Health Serv Res*, 7, 15-22. DOI: 10.1186/1472-6963-7-15.
- Bowen, G.A. (2009). Document analysis as a qualitative research method. *Qualitative research journal*, 9(2), 27-40.
- Brach, C., Fraser, I., Reducing disparities through culturally competent health care: An analysis of the business case. *Qual Manag Health Care*, 2002;10(4)15-28.
- Brandenberger, J., Tylleskär, T., Sontag, K. et al. (2019). A systematic literature review of reported challenges in health care delivery to migrants and refugees in high-income countries - the 3C model. *BMC Public Health* 19, 755. DOI: 10.1186/s12889-019-7049-x
- Brascoupé, S., & Waters, C.B.a.M.a. (2009). Cultural Safety: Exploring the Applicability of the Concept of Cultural Safety to Aboriginal Health and Community Wellness. *J Aborig Health*. 5(2), 6–41.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. DOI: 10.1191/1478088706qp0630a.
- Browne, A.J., Varcoe, C., Lavoie, J., Smye, V., Wong, S. T., Krause, M., ... & Fridkin, A. (2016). Enhancing health care equity with Indigenous populations: evidence-based strategies from an ethnographic study. *BMC health services research*, 16(1), 544.
- Bruni, A., Fasol, R., Gherardi, S., (2007). “Devo aspettare qui?” *Studio etnografico delle traiettorie di accesso ai servizi sanitari a Bologna*. Retrieved from: <http://assr.regione.emiliaromagna.it/pubblicazioni/dossier/doss151/@download/publicationFile/doss151.pdf>
- Butler, M., McCreedy, E., Schwer, N., Burgess, D., Call, K., Przedworski, J., ... & Kane, R.L. (2016). Improving cultural competence to reduce health disparities.
- Carman, K. L., Dardess, P., Maurer, M., Sofaer, S., Adams, K., Bechtel, C., & Sweeney, J. (2013). Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies. *Health Affairs*, 32(2), 223-231. DOI: 10.1377/hlthaff.2012.1133
- Carrillo, J.E., Green, A.R., Betancourt, J.R. (1999). Cross-cultural primary care: a patient-based approach. *Ann Intern Med* 130, 829-834. DOI: 10.7326/0003-4819-130-10-199905180-00017

- Cattacin, S., Chiarenza, A., & Domenig, D. (2013). Equity Standards for Health Care Organisations: a Theoretical Framework. *Diversity and Equality in Health and Care*, 10(4), 249- 258.
- Cherner R., Olavarria M., Young M., Aubry T., Marchant C. (2015). Evaluation of the organizational cultural competence of a community health center: A multimethod approach. *Health Promotion Practice*, 15, 675-684. DOI: 10.1177/1524839914532650
- Chiarenza, A. (2012). Developments in the concept of cultural competence. In D. Ingleby, C. Chiarenza, W. Deville, & I. Kotsioni, (eds.), *COST Series on Health and Diversity*. Antwerp: Garant Publishers, pp. 66-80.
- Chiarenza, A. et al... (2014). *Standards for equity in health care for migrants and other vulnerable groups self-assessment tool for pilot implementation*. HPH Task Force on Migrant-Friendly and Culturally Competent Health Care. DOI: 10.13140/RG.2.2.27349.93928.
- Chiarenza, A. (2015). *Equity in health care: from assessment to action plans*. *Equity Standards in Healthcare: actions for change*. Bruxelles, 27 November 2015.
- Chiarenza, A., Horvat, L., Ciannameo, A., Surmond, J. (2015). Training Materials Development: Review of Existing Training Materials. Work Package 2. Training Packages For Health Professionals to Improve Access and Quality of Health Services for Migrants and Ethnic Minorities, including the Roma MEM-TP. Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia & Academic Medical Center University of Amsterdam, Reggio Emilia, Italy.
- Chiarenza, A. (2018). Strategie innovative per rispondere alla diversità nei servizi sanitari: dalla ‘competenza culturale’ alla capacità di garantire equità e rispetto delle differenze. *Politiche sanitarie*, 19(3), 123-131. DOI: 10.1706/3022.30198.
- Chiarenza, A., Horvat, L., Lanting, K., Ciannameo, A., & Suurmond, J. (2019). Addressing healthcare for migrants and ethnic minorities in Europe: A review of training programmes. *Health Education Journal*, 78(1), 9-23. DOI: 10.1177/0017896918793164.
- Chong, A., Renhard, R., Wilson, G., Willis, J., & Clarke, A. (2011). Improving cultural sensitivity to Indigenous people in Australian hospitals A continuous quality improvement approach. *Focus on Health Professional Education: A Multi-disciplinary Journal*, 13(1), 84-97.
- Crenshaw, K.W. (1991). Mapping the margins: intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43, 1241-1299.
- Creswell, J.W. (2005). Educational research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research (2nd ed.). Columbus, OH: Merrill Prentice Hall.
- Cross, T., Bazron, B., Dennis, K. & Isaacs, M. (1989). Towards a culturally competent system of care: a monograph on effective services for minority children who are severely emotionally disturbed. Vol. 1. Washington, DC: Georgetown University Child Development Center.
- Cunningham, B.A., Marsteller, J.A., Romano, M.J., Carson, K.A., Noronha, G.J., McGuire, M.J., ... & Cooper, L.A. (2014). Perceptions of health system orientation: quality, patient centeredness, and cultural competency. *Medical Care Research and Review*, 71(6), 559-579.
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated

- framework for advancing implementation science. *Implementation science*, 4(1), 50. DOI: 10.1186/1748-5908-4-50
- Danso, R. (2018). Cultural competence and cultural humility: A critical reflection on key cultural diversity concepts. *Journal of Social Work*, 18(4), 410-430. DOI: 10.1177/1468017316654341
- Darnell, A. J., & Kuperminc, G. P. (2011). Organizational cultural competence in mental health service delivery: A multilevel analysis. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 34(4), 194-207. DOI: 10.1002/j.2161-1912.2006.tb00039.x
- Dauvrin, M. & Lorant, V. (2017). Cultural competence and social relationships: a social network analysis. *International nursing review*, 64(2), 195-204. DOI:10.1111/inr.12327.
- Dauvrin, M. (2013). Cultural competence in health care: challenging inequalities, involving institutions (Doctoral dissertation). Retrieved from: https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal%3A135385/datastream/PDF_01/view
- Dauvrin, M., & Lorant, V. (2015). Leadership and cultural competence of healthcare professionals: a social network analysis. *Nursing research*, 64(3), 200.
- Dauvrin, M., Lorant, V., Sandhu, S., Devillé, W., Dia, H., Dias, S., ... & Mertaniemi, R. (2012). Health care for irregular migrants: pragmatism across Europe. A qualitative study. *BMC research notes*, 5(1), 99.
- De Freitas, C., García-Ramírez, M., Aambø, A., & Buttigieg, S.C. (2014). Transforming health policies through migrant user involvement: Lessons learnt from three European countries. *Psychosocial Intervention*, 23(2), 105-113. DOI: 10.1016/j.psi.2014.07.007.
- De Freitas, C., & Martin, G. (2015). Inclusive public participation in health: policy, practice and theoretical contributions to promote the involvement of marginalised groups in healthcare. *Social science & medicine*, 135, 31-39.
- DelVecchio Good, M.J.D., & Hannah, S.D. (2015). "Shattering culture": perspectives on cultural competence and evidence-based practice in mental health services. *Transcultural Psychiatry*, 52(2), 198-221. DOI:10.1177/1363461514557348.
- Deville, W., Greacen, T., Bogic, M., Dauvrin, M., Dias, S., Gaddini, A., Jensen, N.K., Karamanidou, C., Kluge, U., Mertaniemi, R., Riera, R.P., Sárváry, A., Soares, J.J., Stankunas, M., Strassmayr, C., Welbel, M., & Priebe, S. (2011). Health care for immigrants in Europe: Is there still consensus among country experts about principles of good practice? A Delphi study. *BMC Public Health*, 11, 699. DOI:10.1186/1471-2458-11-699.
- Dogra, N., Dogra, J.R., Betancourt, N., Park, E.R., & Sprague-Martinez, L. (2009). The relationship between drivers and policy in the implementation of cultural competency training in health care. *Journal of the National Medical Association*, 101(2), 127-133. DOI: 10.1016/s0027-9684(15)30824-5.
- Domenig, D. (2007). Das Konzept der transkulturelle Kompetenz [The concept of transcultural competence]. In: D. Domenig (Ed.), *Transkulturelle Kompetenz: Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*. (pp. 165-189). Bern: Verlag Hans Huber.

- Dotson, E., & Nuru-Jeter, A. (2013). Setting the stage for a business case for leadership diversity in healthcare: History, research, and leverage. *Journal of Healthcare Management*, 57, 35-46.
- Dovidio, J.F., & Fiske, S.T. (2012). Under the radar: How unexamined biases in decision making processes in clinical interactions can contribute to health care disparities. *Am J Public Health*, 102(5), 945-52.
- Drevdahl, D., Canales, M.K., & Dorcy, K.S. (2008). Of goldfish tanks and moonlight tricks. Can cultural competency ameliorate health disparities? *Advances in Nursing Science*, 31(1), 13-27.
- EQUIP Health Care. (2017). What is Health Equity: A Tool for Health & Social Service Organizations and Providers. Vancouver, BC. Retrieved from : www.equiphealthcare.ca
- Fassin, D. (2000). Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration. [Rethinking Migrants' Health Issues]. *Hommes et Migrations*, 1225, 5-12.
- Faulkner, A., Yiannoullou, S., Kalathil, J., Crepaz-Keay, D., Singer, F., James, N., ... & Kallevik, J. (2015). Involvement for Influence. 4PI National Involvement Standards. London: National survivor user network (NSUN).
- Ferlie, E.B., & Shortell, S.M. (2001). Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: a framework for change. *The Milbank Quarterly*, 79(2), 281-315.
- Fernandes, A., & Pereira, Miguel, J. (2009). *Health and migration in the European Union: Better health for all in an inclusive society*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- Fisk, J. M., Silvera, G. A., & Haun, C. N. (2019). Developing and Defining Diversity. *Public Integrity*, 21(3), 286-300. DOI: 10.1080/10999922.2018.1471324
- Fortin, S., & Maynard, S. (2018). Diversity, conflict, and recognition in hospital medical practice. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 42(1), 32-48. DOI: 10.1007/s11013-015-9461-8
- Freeman, T., Edwards, T., Baum, F., Lawless, A., Jolley, G., Javanparast, S., & Francis, T. (2014). Cultural respect strategies in Australian Aboriginal primary health care services: beyond education and training of practitioners. *Australian and New Zealand journal of public health*, 38(4), 355-361.
- Fung, K., Lo, H.T., Srivastava, R., & Andermann, L. (2012). Organizational cultural competence consultation to a mental health institution. *Transcultural Psychiatry*, 49(2), 165-184. DOI: 10.1177/1363461512439740.
- Geraci, S., Bonciani, M., & Martinelli, B. (2010). La tutela della salute degli immigrati nelle politiche locali. *Quaderni di Informa-Area* 7. 1-185.
- Giannoni, M., & Mladovsky, P. (2007). Migrant health policies in Italy. *Euro Observer*, 9(4), 5-6.
- Goffman, E. (1963). Stigma and social identity. *Understanding Deviance: Connecting Classical and Contemporary Perspectives*, 256-265.
- Goode, T., & Like, A. (2012). Advancing and sustaining cultural and linguistic competence in the American health system: challenges, strategies, and lessons learned. In: D. Ingleby, C. Chiarenza, W. Deville, I. Kotsioni (Ed.), *COST Series on Health and Diversity*. Antwerp: Garant.

- Guerrero, E.G., Fenwick, K., & Kong, Y. (2017). Advancing theory development: exploring the leadership–climate relationship as a mechanism of the implementation of cultural competence. *Implementation Science*, 12(1), 133. DOI: 10.1186/s13012-017-0666-9.
- Guerrero, E.G., Khachikian, T., Frimpong, J.A., Kong, Y., Howard, D.L., & Hunter, S. (2019). Drivers of continued implementation of cultural competence in substance use disorder treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 105, 5-11.
- Handtke, O., Schilgen, B., & Mösko, M. (2019). Culturally competent healthcare—A scoping review of strategies implemented in healthcare organizations and a model of culturally competent healthcare provision. *PloS one*, 14(7), e0219971.
- Hankivsky, O., Grace, D., Hunting, G., Giesbrecht, M., Fridkin, A., Rudrum, S., et al. (2014). An intersectionality- based policy analysis framework: Critical reflections on a methodology for advancing equity. *International Journal of Equity in Health*, 13, 119.
- Harper, M., Hernandez, M., Nesman, T., Mowery, D., Worthington, J., & Isaacs, M. (2006). Organizational cultural competence: A review of assessment protocols. (Making children’s mental health services successful series, FMHI pub. no. 240-2). Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, Research and Training Center for Children’s Mental Health.
- Hartley, Jean (2004). Case study research. In C. & S. Cassell, Gillian (Ed.). *Essential Guide to Qualitative Methods in Organizational Research*. (pp. 323-333). London: Sage Publications Ltd.
- Henderson, S., Horne, M., Hills, R., & Kendall, E. (2018). Cultural competence in healthcare in the community: a concept analysis. *Health & social care in the community*, 26(4), 590-603. DOI: 10.1111/hsc.12556
- Hoggett, P. (2006). Conflict, ambivalence, and the contested purpose of public organizations. *Human Relations*, 59(2), 175-194.
- Hughes, E. C. (1958). Licence and mandate. *Men and their work*, 78-87.
- IDOS (2019). *Dossier statistico sull’immigrazione 2019. Scheda di sintesi*. Retrieved from: https://www.dossierimmigrazione.it/wp-content/uploads/2019/10/scheda-dossier_colori-2019-def.pdf
- Ingleby, D. (2011). Good practice in health service provision for migrants. In: B. Rechel , P. Mladovsky, W. Devillé, B. Rijk, R. Petrova-Benedict, & M. McKee, (Ed.), *Migration and health in European Union*. (pp. 227-242). Maidenhead, UK: Open University Press McGraw-Hill.
- Ingleby, D. (2012). Ethnicity, migration and the ‘social determinants of health’ agenda. *Psychosocial Intervention*, 21(3), 331-341. DOI: 10.5093/in2012a29.
- Ingleby, D., Smith, A., & Severoni, S. (2019). How can we further rights-based and evidence-based policies on migrant and ethnic minority health?. *Public health*, 172, 143-145.
- IOM (Institute of medicine). (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, Washington, DC: Institute of Medicine, Committee on Quality Health Care in America.

- IOM (International Organization for Migration). (2016). Global Migration Trends Factsheet 2015. Retrieved from: <http://publications.iom.int/books/global-migration-trends-factsheet-2015>.
- IOM (International Organization for Migration). (2017). 2nd Global Consultation on Migrant Health: Resetting the Agenda. Retrieved from: <https://www.iom.int/migration-health/second-global-consultation> 14
- Irizarry, C., & Gallant, L. (2006). Managing diversity: Interpretation and enactment in a health care setting. *Qualitative Research Reports in Communication*, 7(1), 43-50. DOI: 10.1080/17459430600964901.
- Ishikawa, H., & Yano, E. (2008). Patient health literacy and participation in the health-care process. *Health expectations*, 11(2), 113-122. DOI: 10.1111/j.1369-7625.2008.00497.x
- Janssens, M., & Zanoni, P. (2005). Many diversities for many services: Theorizing diversity (management) in service companies. *Human Relations*, 58(3), 311-340. DOI: 10.1177/0018726705053424
- Jirwe, M., Gerrish, K., Keeney, S. & Emami, A. (2009). Identifying the core components of cultural competence: findings from a Delphi study. *Journal of clinical nursing*, 18 (18), 2622-2634. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2008.02734.x.
- Johnstone, M.J., & Kanitsaki, O. (2007). An exploration of the notion and nature of the construct of cultural safety and its applicability to the Australian health care context. *Journal of Transcultural Nursing*, 18 (3):, 247-256. DOI: 10.1177/1043659607301304.
- Jongen, C., McCalman, J., & Bainbridge, R. (2018). Health workforce cultural competency interventions: a systematic scoping review. *BMC health services research*, 18(1), 232.
- Jongen, C., McCalman, J., & Bainbridge, R. (2018). Health workforce cultural competency interventions: a systematic scoping review. *BMC health services research*, 18(1), 232. DOI: 10.1186/s12913-018-3001-5.
- Keeton, J. D. (2014). *Diversity & cultural competence in an academic health center: Organizational leadership in a complex system* (Doctoral dissertation, University of Missouri-Columbia).
- King, N. (2004). Using interviews in qualitative research. In *Essential Guide to Qualitative Methods in Organizational Research*. (pp. 11-22). Sage, ISBN 9780761948872.
- Kirmayer, L.J. (2012). Rethinking cultural competence. *Transcultural Psychiatry*, 49 (2), 149-164. DOI: 10.1177/1363461512444673.
- Kitzinger, J. (2006). Focus groups. *Qualitative research in health care*, 3, 21-31.
- Kleinman, A., & Benson, P. (2006). Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Medicine*, 3(10), 1673-1676. DOI:10.1371/journal.pmed.0030294.
- Langhout, R. D., & Thomas, E. (2010). Imagining participatory action research in collaboration with children: An introduction. *American journal of community psychology*, 46(1-2), 60-66. DOI 10.1007/s10464-010-9321-1
- Levesque, J., Harris, M.F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health* 12, 18. DOI:10.1186/1475-9276-12-18.

- Lie, D. A., Lee-Rey, E., Gomez, A., Bereknyei, S., & Braddock, C. H. (2011). Does cultural competency training of health professionals improve patient outcomes? A systematic review and proposed algorithm for future research. *Journal of general internal medicine*, 26(3), 317-325. DOI: 10.1007/s11606-010-1529-0
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T.A.J., & Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*, 372, 1661–9.
- McCalman, J., Jongen, C., & Bainbridge, R. (2017). Organisational systems' approaches to improving cultural competence in healthcare: a systematic scoping review of the literature. *International journal for equity in health*, 16(1), 78. DOI 10.1186/s12939-017-0571-5.
- Mertens, D.M. (2005). Research and evaluation in education and psychology: Integrating diversity with quantitative, qualitative and mixed methods (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- MFH (Migrant Friendly Hospitals). (2004). The Amsterdam Declaration-Towards Migrant Friendly Hospitals in an ethno-culturally diverse Europe. Retrieved from: <http://www.mfheu.net>
- MIPEX (2015). *Migrant integration policy index*. <http://www.mipex.eu/health>
- Mladovsky, P. (2009). A framework for analysing migrant health policies in Europe. *Health policy*, 93(1), 55-63. DOI: 10.1016/j.healthpol.2009.05.015
- Mladovsky, P., Ingleby, D. & Rechel, B. (2012). Good practices in migrant health: the European experience. *Clinical medicine*, 12(3), 248-252. DOI: 10.7861/clinmedicine.12-3-24.
- Mock-Muñoz de Luna, C., Ingleby, D., Graval, E., & Krasnik, A. (2015). Training packages for health professionals to improve access and quality of health services for migrants and ethnic minorities, including the Roma. MEM-TP SYNTHESIS REPORT Work package 1.
- Mollah, T.N., Antoniadis, J., Lafeer, F. I., & Brijnath, B. (2018). How do mental health practitioners operationalise cultural competency in everyday practice? A qualitative analysis. *BMC health services research*, 18(1), 480.
- Muntinga, M.E., Krajenbrink, V.Q.E., Peerdeman, S.M., Croiset, G., & Verdonk, P. (2016). Toward diversity-responsive medical education: taking an intersectionality-based approach to a curriculum evaluation. *Advances in Health Sciences Education*, 21(3), 541-559.
- Napier, A.D., Ancarno, C., Butler, B., Calabrese, J., Chater, A., Chatterjee, H., ... & Macdonald, A. (2014). Culture and health. *The Lancet*, 384(9954), 1607-1639. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)60228-8.
- Nelson, A.R., Stith, A.Y., & Smedley, B.D., eds. (2002). *Unequal treatment: confronting racial and ethnic disparities in health care*. Washington, DC: National Academies Press.
- Newman, L., Baum, F., & Harris, E. (2006). Federal, state and territory government responses to health inequities and the social determinants of health in Australia. *Health Promotion Journal of Australia*, 17(3), 217-225. DOI: 10.1071/HE06217
- Ng, J.H., Tirodkar, M.A., French, J.B., Spalt, H.E., Ward, L.M., Haffer, S.C., ... & Scholle, S.H. (2017). Health Quality Measures Addressing Disparities in Culturally and Linguistically Appropriate Services: What are Current Gaps?. *Journal of health care for the poor and underserved*, 28(3), 1012-1029.

- Nørredam, M., & Krasnik, A. (2011). Migrants' access to health services. In: B. Rechel, P. Mladovsky, W. Devillé, B. Rijks, R. Petrova-Benedict & M. McKee (Ed.), *Migration and health in European Union*. (pp. 67-78). Maidenhead, UK: Open University Press McGraw-Hill.
- NQF (National Quality Forum). (2009). *A Comprehensive Framework and Preferred Practices for Measuring and Reporting Cultural Competency: A Consensus Report*. Washington, DC: National Quality Forum. Retrieved from: <http://bit.ly/yQKBZW>.
- Nybell, L.M., & Gray, S.S. (2004). Race, place, space: Meanings of cultural competence in three child welfare agencies. *Social Work*, 49(1), 17-26.
- O'Donnell, C.A., Burns, N., Mair, F.S., Dowrick, C., Clissmann, C., Van Den Muijsenbergh, M., ... & De Brun T. (2016). Reducing the health care burden for marginalised migrants: the potential role for primary care in Europe. *Health Policy*, 120(5), 495-508. DOI: 10.1016/j.healthpol.2016.03.012 of *Phenomenological Psychology*, 14, 171-96.
- Ocloo, J., & Matthews, R. (2016). From tokenism to empowerment: progressing patient and public involvement in healthcare improvement. *BMJ Qual Saf*, 25(8), 626-632. DOI: 10.1136/bmjqs-2015-004839
- OMH (Office of Minority Health) (2001). *National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate*.
- OMH (Office of Minority Health). (2013). *National standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in health and health care: A blueprint for advancing and sustaining CLAS policy and practice*. Washington, DC: Department of Health and Humans Services.
- OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità). (2008). *61st Assembly. Resolution WHA61.17 - Health of migrants*. Genève: WHO.
- OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità). (2009). *Resolution WHA62.14. Reducing health inequalities through action on the social determinants of health*. Sixty-second World Health Assembly, Geneva, 18-22 May 2009. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: WHO, 2009 (WHA62/2009/ REC/1), Resolutions: 21-25.
- OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità). (2010a). *How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity*. Copenhagen: WHO regional Office for Europe.
- OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità). (2010b). *Health of migrants: the way forward: report of a global consultation*, Madrid, Spain, 3-5 March 2010.
- OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità). (2017). *WHO resolutions and reports*. Retrieved from: http://www.who.int/migrants/about/A70_R15-en.pdf?ua=1en/
- OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità). (2018). *Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region: No public health without refugees and migrant health*. Retrieved from: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/report-on-the-health-of-refugees-and-migrants-in-the-who-european-region-no-public-health-without-refugee-and-migrant-health-2018>
- Paez, K. A., Allen, J. K., Carson, K. A., & Cooper, L. A. (2008). Provider and clinic cultural competence in a primary care setting. *Social Science & Medicine*, 66(5), 1204-1216.

- Palestini L., Calderone B., Augusta Nicoli M. (2012). Equità e differenze in Emilia-Romagna: analisi del contenuto del Piano sociale e sanitario 2008-2010, *Politiche sanitarie* 13(4), 222-236. DOI: 10.1706/1244.13729
- Palinkas, L. A., Horwitz, S. M., Green, C. A., Wisdom, J. P., Duan, N., & Hoagwood, K. (2015). Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. *Administration and policy in mental health and mental health services research*, 42(5), 533-544. DOI: 10.1007/s10488-013-0528-y
- Papps, E., & Ramsden, I. (1996). Cultural safety in nursing: the New Zealand experience. *International Journal for Quality in Health Care*, 8(5), 491-497. DOI:10.1093/intqhc/8.5.491.
- Patton, M. (2002). Qualitative research and evaluation methods (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Perna, R. (2018). Migrant Health Policies. Actors and Levels in a Multi-Level Perspective. *International Migration*, 56(5), 11-25.
- Petrelli, A., Di Napoli, A., Perez, M., & Gargiulo, L. (2017). Lo stato di salute della popolazione immigrata in Italia: evidenze dalle indagini multiscopo Istat. *Epidemiologia & Prevenzione*, 41, 3-4 Suppl 1, 1-68.
- Phillimore, J. A., Bradby, H., & Brand, T. (2019). Superdiversity, population health and health care: opportunities and challenges in a changing world. *Public health*, 172, 93-98. DOI: 10.1016/j.puhe.2019.01.007
- Pierce, J.J., Siddiki, S., Jones, M.D., Schumacher, K., Pattison, A., & Peterson, H. (2014). Social construction and policy design: A review of past applications. *Policy Studies Journal*, 42(1), 1-29.
- Pinto, A. D., Manson, H., Pauly, B., Thanos, J., Parks, A., & Cox, A. (2012). Equity in public health standards: a qualitative document analysis of policies from two Canadian provinces. *International journal for equity in health*, 11(1), 28. DOI: 10.1186/1475-9276-11-28
- Pottie, K., Hui, C., Rahman, P., Ingleby, D., Akl, E. A., Russell, G., ... & Brindis, C. D. (2017). Building responsive health systems to help communities affected by migration: an international Delphi consensus. *International journal of environmental research and public health*, 14(2), 144.
- Powell Sears, K. (2012). Improving cultural competence education: the utility of an intersectional framework. *Medical education*, 46(6), 545-551.
- Ramsden, I., *Cultural Safety and Nursing Education in Aotearoa and Te Waipounamu. A thesis submitted to the Victoria University of Wellington in fulfilment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy in Nursing*, in Department of Nursing. 2002, Victoria University of Wellington Wellington. p. 211
- Rechel, B., Mladovsky, P., Ingleby, D., Mackenbach, J.P., & Meckee, M. (2013). Migration and health in an increasingly diverse Europe. *Lancet*, 381, 1235-1245.
- Renschler, I., & Cattacin, S. (2007). Comprehensive “Difference Sensitivity” in health systems. In C.B. Cuadra, & S. Cattacin, (Ed.). *Migration and health: difference sensitivity from an organizational perspective*. (pp. 37-41). Retrieved from https://www.aci.health.nsw.gov.au/_data/assets/pdf_file/0010/165592/Consumer-and-community-engagement-literature-review.pdf.

- Rinaldi, A., Civitelli, G., Marceca, M., & Paglione, L. (2013). Le politiche per la tutela della salute dei migranti: il contesto europeo e il caso Italia. *Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 21(40), 9-26.
- Saha, S., Beach, M.C., & Cooper, L.A. (2008). Patient centeredness, cultural competence, and healthcare quality. *Journal of the National Medical Association*. 100(11), 1275–1285. DOI: 10.1016/s0027-9684(15)31505-4.
- Sarrami-Foroushani, P., Travaglia, J., Debono, D., & Braithwaite, J. (2014). Key concepts in consumer and community engagement: a scoping meta-review. *BMC health services research*, 14(1), 25.
- Sarrami-Foroushani, P., Travaglia, J., Eikli, M., & Braithwaite, J. (2012). Consumer and community engagement: a review of the literature. Centre for Clinical Governance Research, Australian Institute of Health Innovation and the Agency for Clinical Innovation: Sydney, NSW, Australia).
- Scheper-Hughes, N., & Lock, M. M. (1987). The mindful body: A prolegomenon to future work in medical anthropology. *Medical anthropology quarterly*, 1(1), 6-41.
- Schiller, C., Winters, M., Hanson, H. M., & Ashe, M. C. (2013). A framework for stakeholder identification in concept mapping and health research: a novel process and its application to older adult mobility and the built environment. *BMC public health*, 13(1), 428. DOI: 10.1186/1471-2458-13-428
- Seeleman, C., Essink-Bot, M.L., Stronks, K., & Ingleby, D. (2015). How should health service organizations respond to diversity? A content analysis of six approaches. *BMC health services research*, 15(1), 510. DOI: 10.1186/s12913-015-1159-7.
- Seeleman, C., Suurmond, J., & Stronks, K. (2009). Cultural competence: a conceptual framework for teaching and learning. *Medical education*, 43(3), 229-237.
- Seppälä, P., Hakanen, J. J., Tolvanen, A., & Demerouti, E. (2018). A job resources-based intervention to boost work engagement and team innovativeness during organizational restructuring. *Journal of Organizational Change Management*. DOI: 10.1108/JOCM-11-2017-0448/full/html
- SIMM (Società Di Medicina Delle Migrazioni). (2017). Pubblicati i nuovi LEA. I minori figli di stranieri non regolari devono essere iscritti al SSN. <https://www.simmweb.it/879-nei-lea-iscrizione-al-ssn-dei-figli-di-immigrati-irregolari>
- Snape, D., Kirkham, J., Preston, J., Popay, J., Britten, N., Collins, M., ... & Jacoby, A. (2014). Exploring areas of consensus and conflict around values underpinning public involvement in health and social care research: a modified Delphi study. *BMJ open*, 4(1), e004217. DOI: 10.1136/bmjopen-2013-004217
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research techniques*. Sage publications
- Suphanchaimat, R., Kantamaturapoj, K., Putthasri, W. & Prakongsai, P. (2015). Challenges in the provision of healthcare services for migrants: a systematic review through providers' lens. *BMC health services research*, 15(1), 390. DOI: 10.1186/s12913-015-1065-z.
- Swanborn, P. (2010). Case study research: what, why and how. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Taylor, R.A., & Alfred, M.V. (2010). Nurses' perceptions of the organizational supports needed for the delivery of culturally competent care. *Western journal of nursing research*, 32(5), 591-609.

- Tervalon, M. & Murray-Garcia, J. (1998). Cultural humility versus cultural competence: a critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 9(2), 117-125. DOI: 10.1353/hpu.2010.0233.
- Thackrah, R.D., & Thompson, S.C. (2013). Refining the concept of cultural competence: building on decades of progress. *Medical Journal of Australia*, 199(1), 35-38. DOI: 10.5694/mja13.10499.
- Tognetti Bordogna, M. (2013). Nuove disuguaglianze di salute: il caso degli immigrati [New inequalities in health: the case of immigrants]. *Cambio*, 5, 59-72.
- Tognetti Bordogna, M. (Settembre, 2011). *Politiche per la salute degli immigrati. Quale integrazione?* [Paper presentation] Quarta Conferenza annuale ESPAnet, Milano, Italia.
- Travaglia, J., Robertson, H. (2011). *The role of the patient in quality improvement. Continuous quality improvement in health care*. Johnson J, Sollecito WA (Eds). Sudbury, MA: Jones & Bartlett
- Truong, M., Paradies, Y., & Priest, N. (2014). Interventions to improve cultural competency in healthcare: a systematic review of reviews. *BMC Health Services Research*, 14, 99. DOI:10.1186/1472-6963-14-99.
- United Nations (UN). (2019). *International Migration 2019: Report* (ST/ESA/SER.A/438). Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Retrieved from: https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/InternationalMigration2019_Report.pdf
- Vanhuynne, K., Meloni, F., Ruiz-Casares, M., Rousseau, C., & Ricard-Guay, A. (2013). Health workers' perceptions of access to care for children and pregnant women with precarious immigration status: Health as a right or a privilege?. *Social science & medicine*, 93, 78-85.
- Vega, W.A. (2005). Higher stakes ahead for cultural competence. *General Hospital Psychiatry*, 27(6), 446-450.
- Vertovec, S. (2007). Super-diversity and its implications. *Ethnic and racial studies*, 30(6), 1024-1054. DOI: 10.1080/01419870701599465.
- Weech-Maldonado, R., Dreachslin, J. L., Brown, J., Pradhan, R., Rubin, K.L., Schiller, C., & Hays, R.D. (2012). Cultural competency assessment tool for hospitals: Evaluating hospitals' adherence to the culturally and linguistically appropriate services standards. *Health care management review*, 37(1), 54-66. DOI: 10.1097/HMR.0b013e31822e2a4f.
- Weech-Maldonado, R., Dreachslin, J.L., Dansky, K.H., De Souza, G., & Gatto, M. (2002). Racial/ethnic diversity management and cultural competency: the case of Pennsylvania hospitals. *Journal of Healthcare Management*, 47(2), 111-124.
- Weech-Maldonado, R., Dreachslin, J.L., Epané, J.P., Gail, J., Gupta, S., & Wainio, J.A. (2018). Hospital cultural competency as a systematic organizational intervention: Key findings from the national center for healthcare leadership diversity demonstration project. *Health care management review*, 43(1), 30-41. DOI: 10.1097/HMR.0000000000000128.
- Weech-Maldonado. (2009). A Cultural Competency Framework for Quality Measurement and Reporting In NQF (2009). A Comprehensive Framework and Preferred Practices for Measuring and

Reporting Cultural Competency: A Consensus Report. Washington, DC: National Quality Forum.
Retrieved from: <http://bit.ly/yQKBZW>.

- Whaley, A.L., & Longoria, R.A. (2008). Assessing cultural competence readiness in community mental health centers: A multidimensional scaling analysis. *Psychological Services*, 5(2), 169.
- Whitman, M., & Davis, J. (2008). Cultural and linguistic competence in healthcare: the case of Alabama general hospitals. *Journal of Healthcare Management*, 53(1), 26-39.
- Yin, R. K., (2005). *Lo studio di caso nella ricerca scientifica: progetto e metodi*. Roma: Armando Editore.
- Zimmerman, C., Kiss, L., & Hossain, M. (2011). Migration and health: a framework for 21st century policy-making. *PLOS medicine*, 8(5), e1001034.

APPENDICE

- A) Griglia Intervista – Studio Percezione Politiche (Capitolo 2)
- B) Griglia Intervista Focus Group – Studio Di Caso (Capitolo 2)
- C) Analisi Documentale Dell'organizzazione 1 (Capitolo 5)
- D) Analisi Documentale Dell'organizzazione 2 (Capitolo 6)
- E) Analisi Documentale Dell'organizzazione 3 (Capitolo 7)

A) Griglia intervista - studio percezione delle politiche regionali

Intro	1. Per prima cosa le chiederei di raccontarmi brevemente quale è il suo ruolo professionale e impegno attuale che la lega al tema dell'equità per la salute dei migranti
1.a POLITICHE REGIONALI A SOSTEGNO DELL'IMPEGNO ORGANIZZATIVO CC EQUITÀ	<p>2. Le politiche regionali sanitarie attualmente in vigore sostengono i servizi nell'incrementare l'equità dell'accesso e della qualità dei servizi per i migranti? Su quali aspetti?</p> <p>3. Come descriverebbe lo stato attuale delle politiche regionali per lo sviluppo dei servizi sanitari equi nei confronti di migranti?</p>
1.b POLITICHE REGIONALI e PARTECIPAZIONE	<p>4. Il tema della partecipazione dei migranti e/o dei loro stakeholders (es. associazioni civili, volontariato, rappresentanti istituzionali) è presente nelle politiche sanitarie della regione?</p> <p>5. Quali sono le politiche regionali che sostengono la partecipazione dei migranti e delle comunità nello sviluppo dei servizi come ASL e Ospedali?</p>
2. PERCEZIONE PROCESSI POLICY-MAKING E PARTECIPAZIONE	<p>6. In questa regione ci sono meccanismi formali o informali che promuovono la partecipazione ei migranti e/o dei loro stakeholders alle politiche?</p> <p>7. Può fare un esempio di esperienze di sviluppo di politiche che hanno visto la partecipazione di persone di origine immigrata e/o dei loro stakeholders</p>
3 a-b IMPLEMENTAZIONE NEI SERVIZI	<p>8. In che grado le politiche regionali per l'equità nei servizi di cui abbiamo parlato sono recepite e implementate dai servizi secondo la sua esperienza?</p> <p>9. Buone esperienze?</p>
	<p>10. Secondo Lei, i servizi sanitari della regione si rifanno a strategie formali/istituzionalizzate e/o informali per favorire la partecipazione di persone di origine immigrata e della comunità nell'organizzazione dei servizi? (progettazione, erogazione, valutazione)</p> <p>11. Buone esperienze di coinvolgimento nello sviluppo e progettazione di interventi nei servizi sanitari? Può raccontarmi un' esperienza?</p>
4 a-b AREE CRITICHE	<p>12. Quali sono le attuali criticità nelle politiche regionali per favorire l'implementazione da parte dei servizi di un' assistenza equa nei confronti delle persone di origine migrante?</p>
	<p>13. Quali le criticità nelle politiche regionali per favorire l'implementazione di strategie di partecipazione da parte dei servizi?</p>
5 a-b AZIONI DI MIGLIORAMENTO	<p>14. Quali secondo la sua opinione potrebbero essere delle azioni di miglioramento o delle aree da sviluppare?</p>
	<p>15. Per la partecipazione?</p>

B) Griglia intervista focus group – Studio di caso

Introduzione (~10 min)	Per rompere il ghiaccio, facciamo un giro di presentazione e vi chiediamo di dirci il vostro profilo professionale e anche in che modo siete coinvolte sul tema equità e pazienti migranti
<u>DOMANDE GENERALI (~40 MIN)</u>	
DIVERSITÀ – SERVIZI	In che modo essere di origine immigrata, il background culturale, sociale e influisci sull'uso dei servizi e la relazione clinica?
CC PRATICHE	Voglio approfondire la vostra esperienza nell'incontro e nell'offerta di cure con le persone di origine immigrata. Quali sono le pratiche che avete sviluppato per rispondere ai bisogni dell'utenza immigrata e offrire un trattamento equo (se volete esempi)
CC PRATICHE	Quali sono le pratiche di servizio e di collaborazione fra l'equipe o altri dipartimenti servizi che avete sviluppato per rispondere ai bisogni dell'utenza immigrata e offrire un trattamento equo (se volete esempi)
PRATICHE DI PARTECIPAZIONE	Un aspetto che mi interessa è quello dell'esperienze di partecipazione delle persone di origine immigrata di gruppi o comunità, sia nella progettazione che nella realizzazione di progetti/interventi/pratiche o servizi. Qual è la vostra esperienza di pratiche di collaborazione o partecipazione con persone di origine immigrata? cosa ne pensate?
<u>DOMANDE SPECIFICHE (30 MIN)</u>	
BARRIERE	Se doveste riassumere pensando ad un'esperienza di implementazione di nuove pratiche o progetti rivolti ai migranti: quali sono le maggiori barriere alla possibilità di implementare degli interventi che favoriscono sensibilità ai bisogni dell'utenza immigrata o erogazione del servizio?
FACILITATORI	Quali sono i maggiori facilitatori alla possibilità di implementare degli interventi che favoriscono sensibilità ai bisogni dell'utenza immigrata o nell'erogazione del servizio?
SUPPORTO	Pensate che il tema dell'equità e barriere e la mission sia diffuso e conosciuto nell'organizzazione? In che modo vi sentite sostenuti? e che altro supporto vi servirebbe ?
RIFLESSIONI (~10 MIN)	Quali sono le azioni migliorative che suggerireste per rendere il tema dell'equità migranti più diffuso nell'azienda oppure per rendere le pratiche di servizio più efficaci?
COMMENTI FINALI	C'è qualcosa di cui avremmo dovuto parlare e che non è stato trattato? ci sono cose che volete aggiungere?

C) Analisi documentale organizzazione 1 (Emilia-Romagna)

Campione di documenti

Il campione di documenti esaminati è costituito da 17 unità composte da politiche aziendali, organigramma, delibere della direzione generale, documentazione relativa allo sviluppo di pratiche organizzative sull'equità, comunicazioni di eventi formativi, pagine del sitoweb aziendale relative alla sezione dedicata all'accesso e relative alle pratiche organizzative e di erogazione dei servizi CC (es. mediazione, formazione, materiale multilingua). In particolare, l'analisi ha riguardato i seguenti documenti:

- Politiche aziendali
 - Mission
 - Delibere della Direzione
 - Piano della performance 2019-2021
 - Organigramma
 - Bilancio di missione 2012-2015
- Comunicazioni o brochure di eventi formativi
- Pagine del sitoweb:
 - Pagine relative all'accesso
 - Pagine relative alla mediazione culturale
 - Comunicazioni su progetti CC

Risultati

L'analisi dei documenti ha permesso di raccogliere informazioni su diverse aree d'indagine. I dati analizzati riguardano le seguenti aree tematiche e relativi sottotemi:

- 1) Commitment organizzativo: priorità attribuita alla CC, approccio alla diversità e approccio strategico, strategie di sostegno alla partecipazione, leadership e misure di performance, pianificazione aziendale;
- 2) Pratiche CC nell'erogazione dei servizi: formazione, mediazione, partecipazione e accesso (sitoweb);
- 3) Contesto sociale e politico: politiche regionali.

Di seguito sono descritti i risultati maggiori per le tre aree tematiche e in Tab. 20 sono presenti, a titolo esemplificativo, i dati analizzati, con stralci dei documenti, per il tema del *commitment organizzativo* e della *formazione*.

1. Commitment organizzativo

Priorità attribuita alla CC, Leadership, Piano aziendale, Misure di Performance

La mission aziendale appare centrata sui temi della partecipazione dell'utenza e dell'equità: il concetto di equità, definito come "continua ricerca di condizioni di uguale risposta a uguali bisogni" e quello di partecipazione sono i valori centrali verso cui mira l'azienda.

La struttura di Equity Management è presentata, nei documenti di programmazione (es. piano della performance) quale dispositivo organizzativo centrale e responsabile delle azioni per

promuovere equità e ridurre le eventuali disuguaglianze nell'accesso ai servizi. Sono presentati gli interventi di equity assessment realizzati negli anni precedenti (i.e negli anni 2016-2017 HEA su percorso nascite e diabete) e quelli in programmazione (HEA su carcinoma colon retto e PDTA Cancro Mammella).

Dall'analisi dei documenti si rileva, negli anni un cambiamento in termini di strutture, strategie, e responsabili sul tema dell'equità. In particolare, strategie formalizzate sull'equità sembrano essere presenti in azienda dal 2013, anno in cui si è costituito il gruppo aziendale per l'equità attraverso delibera della direzione, con durata di 2 anni. Il gruppo aziendale per l'equità era composto da 18 membri di diversi servizi (vedi Tab. 20) e aveva costruito un piano aziendale su 7 aree relative a percorsi assistenziali e condizioni di salute, fra cui una specifica area per il target migranti. Le aree d'azione identificate per la salute degli stranieri erano la salute della donna, l'educazione alla sessualità, gli infortuni sul lavoro, le dimissioni e la mediazione culturale.

Attualmente, a testimonianza dell'alto commitment sull'equità, i principi dell'equità e della partecipazione sono inseriti quali indicatori della qualità e dell'accreditamento dell'organizzazione, diventando indicatori della performance organizzativa.

Strategie di sostegno alla partecipazione

L'attuale mission dell'organizzazione è concettualizzata attraverso il concetto di accountability, ovvero capacità di ascolto, relazione con l'ambiente e responsabilità. Il tema della partecipazione è declinato facendo riferimento ai concetti di *responsiveness*, intesa come capacità di rispondere alle aspettative dei pazienti, *engagement*, intesa come capacità di condividere le scelte relative alla propria salute, *capitale sociale* inteso come coinvolgimento degli stakeholder. In termini di strutture di responsabilità, nei documenti analizzati sono citate la struttura di customer experience e CCM (comitati di partecipazione).

Approccio alla diversità e approccio strategico

Nelle politiche aziendali attuali, si dichiara un impegno per un approccio sistematico all'equità per promuovere la diversità come plus valore della cultura organizzativa aziendale, focalizzandosi sui meccanismi e sui fattori generatori di disuguaglianze, soprattutto di matrice organizzativa (modalità organizzative, regole di accesso, procedure, standardizzazioni). L'equità sembra maggiormente definita in termini di accesso equo e rispetto delle differenze, e si fa riferimento esplicito, nei documenti attuali alle differenze legate al background migratorio.

Analizzando i documenti selezionati si è osservato, pur nel quadro comune della promozione dell'accesso e del trattamento non discriminatorio dell'organizzazione, un utilizzo di definizioni differenti nel tempo: le proposte passate mettevano l'accento sulla diversità "*alcune "differenze" generano disuguaglianze che sono considerate ingiuste ed evitabili...diversi si nasce, disuguali si diventa*", invece che sull'uguaglianza come nell'attuale concettualizzazione proposta "*ricerca di condizioni di uguale risposta a uguali bisogni*".

Come descritto successivamente nella sezione formazione, l'approccio interculturale alla pratica clinica proposto in azienda sembra si sia evoluto da una prospettiva più categoriale ad una più "processuale" evidente nell'uso dei termini "transculturale" o "pluriculturale".

2. Pratiche CC nell'erogazione dei servizi

Formazione

Per la formazione, non è stata raccolta documentazione recente e l'unica attività formativa di cui si ha documentazione è una azione formativa avvenuta nel 2017, organizzata dalla regione su un progetto FAMI, relativo all'accoglienza dei richiedenti asilo e rifugiati. Attualmente tramite sitoweb è possibile notare fra le aree tematiche della formazione il tema dell'assistenza agli stranieri e dell'equità. In passato, dal 2009 al 2012 è stato organizzato un corso sulla salute degli stranieri, organizzato in 6 giornate e con diverse edizioni, che nel tempo si è sviluppato verso un approccio volto a stimolare e sostenere le competenze riflessive del professionista di fronte alla diversità, utilizzando una metodologia attiva e basata sull'apprendimento dall'esperienza. Si descrive l'attività formativa come avente lo scopo di sviluppare *“la riflessione sui propri vissuti, sui propri stereotipi e pregiudizi con l'idea di creare un atteggiamento mentale di sospensione del giudizio sullo straniero, stimolando curiosità e stupore verso l'altro, fornendo conoscenze sulla cultura 'diversa' per individuare poi spazi di scambio e negoziazione.”* I temi trattati sono quelli della differenza culturale, ma anche dell'*health literacy* e dell'accesso legale (accesso normativo). In aggiunta, una parte dei corsi era dedicata alla relazione medico-paziente-mediatore. Un'altra attività formativa è stata dedicata al personale del front-office (CUP).

Mediazione, Accesso, Pratiche partecipative

Il servizio di mediazione è presente sul sito dell'azienda dove sono descritti i vari servizi offerti: mediazione fissa, a chiamata, attività di promozione della salute e di segretariato sociale. Si evidenzia l'investimento in un'attività di monitoraggio del servizio, che ha evidenziato il maggior ricorso alla mediazione di alcuni servizi (la pediatria di comunità, il consultorio e la CSM). Nel 2015 è stato avviato un lavoro di analisi del servizio di mediazione e fra gli esiti c'è stata la proposta di una formazione della figura del mediatore come agente di salute per le attività di promozione della salute.

Per quanto riguarda l'accesso è presente sul sito aziendale una sezione con le informazioni per l'accesso al SSN, in termini di procedure, normativa e servizi garantiti. È presente anche materiale in lingua su diverse aree, salute donna; malattie infettive, accesso agli screening. La sezione è stata inserita nei percorsi di accesso e non è più presente sul sito come area tematica dedicata agli stranieri.

Dai documenti aziendali, la partecipazione sembra favorita attraverso lo sviluppo di molteplici pratiche: l'utilizzo di metodi di ricerca qualitativi la co-progettazione, promozione della salute, la partecipazione del terzo settore e del volontariato. Risulta, inoltre, la realizzazione di una mappatura dei luoghi di ritrovo informali delle persone di origine straniera.

3. Contesto sociale e politico

Politiche regionali

Nei documenti c'è il riferimento alle politiche regionali sull'equità come la DGR n. 602/2009, linea di programmazione, nominata *“Diversità ed equità: strategie integrate di diversity management e consolidamento delle azioni di ascolto ed empowerment dei cittadini ”* o quella relativa alla mediazione culturale D.G.R. n. 1576/2004.

Tabella 20. Risultati analisi documenti - Esempi area commitment e formazione

COMMITMENT
priorità attribuita alla CC (mission e vision)
<p>2018 Equità e Partecipazione</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'essenza della Mission è focalizzarsi sulla accountability (capacità di ascolto, relazioni con l'ambiente, responsabilizzazione) e sulla generazione, attraverso l'erogazione diretta o indiretta di servizi sanitari, di salute, <ul style="list-style-type: none"> o Responsiveness o Engagement o Capitale sociale o Equità - Impegno ad un approccio sistematico, diversità come plus valore della cultura organizzativa aziendale, focalizzandosi sui meccanismi e sui fattori generatori di disuguaglianze, soprattutto di matrice organizzativa (modalità organizzative, regole di accesso, procedure, standardizzazioni)
Pianificazione Strategica – Piano Aziendale
<p>2015 Piano aziendale per l'equità ed il contrasto alle disuguaglianze. Il piano mirava a dare concreta attuazione a quanto previsto già dalla Delibera di Giunta Regionale 602/2009, che prevedeva nelle aziende sanitarie della Regione lo sviluppo di progetti ed azioni indirizzate al raggiungimento di una crescente attenzione all'inclusione delle diversità di cui sono portatori i cittadini, garantendo nel contempo equità di accesso, equità nei percorsi assistenziali e di trattamento, miglioramento nel rapporto di fiducia fra l'organizzazione sanitaria, i suoi servizi e gli utenti/cittadini della comunità.</p> <p>2013-2014 [Piano Equità – sottopunto Migranti] Rinuncia alle cure, salute della popolazione carceraria, innovazioni nella rete dei servizi e impatto sull'equità, reti e percorsi di salute per persone in condizione di vulnerabilità, violenza e abuso, health literacy, la salute delle comunità migranti e la mediazione culturale. Salute delle comunità migranti e la mediazione culturale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - i lavoratori stranieri in edilizia, - al parto per donne immigrate in gravidanza, - prevenzione delle interruzioni volontarie di gravidanza tra le donne straniere (progetto ccm), - peer education partecipata e multiculturale, - non aderenti stranieri e non, - dimissioni ospedaliere problematiche riguardanti cittadini stranieri privi di residenza
FORMAZIONE
<p>2009</p> <ul style="list-style-type: none"> - corso "prendersi cura delle diverse etnie" (5 edizioni) - corso relazione operatore- mediatore - corso per operatori del front-office <p>Temi e obiettivi: processi migratori, dinamiche della comunicazione interculturale, modelli transculturali applicabili in sanità e sugli strumenti disponibili (es. mediazione culturale e supporti multimediali) per favorire l'accesso e costruire servizi accoglienti. incontri con mediatori e/o professionisti della sanità appartenenti alle varie etnie Metodologia: Lezione frontale, Confronto, Simulazioni, lavoro a gruppi</p> <p>2009 n= 7 corsi area tematica l'approccio al paziente migrante</p> <p>2010 Corso: "Prendersi cura del paziente migrante" Obiettivo: l'approccio multiculturale nella relazione operatore-utente che è di fatto una competenza che dovrà essere acquisita da tutti gli operatori sanitari. Si è voluto diffondere un pensiero interculturale attraverso la riflessione sui propri vissuti, sui propri stereotipi e pregiudizi con l'idea di creare un atteggiamento mentale di sospensione del giudizio sullo straniero, stimolando curiosità e stupore verso l'altro, fornendo conoscenze sulla cultura 'diversa' per individuare poi spazi di scambio e negoziazione.</p>

2012

"Il professionista della salute e la cura del paziente migrante: l'importanza delle *competenze transculturali* in un mondo che cambia"

- fragilità: approccio pluriculturale e competenze socio-sanitarie dell'operatore della salute.
- alfabetizzazione alla salute(Health Literacy) per gli immigrati di prima e seconda generazione
- Aspetti giuridici e ricadute pratiche nell'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri;
- aspetti culturali della salute e della malattia,
- La relazione interculturale operatore-paziente, testimonianze india e subsahara

Metodologia: Lavori di gruppo su presentazione di casi, imparare dalle situazioni critiche

2017

Tem: Salute Tutela e Accoglienza di Richiedenti e Titolari di Protezione Internazionale

Principali psicopatologie, Accoglienza, prevenzione e cura del disagio nell'incontro con i Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA), La tratta degli esseri.

Sitoweb:

Opzioni temi formazione aziendale: equità e salute stranieri

D) Analisi documentale dell'organizzazione 2 (Toscana)

Campione dei documenti

Il campione di documenti esaminati è costituito da 16 unità composte da politiche aziendali, comunicazioni di eventi formativi, comunicazioni di partecipazione a progetti CC (regionali/nazionali), pagine del *sitoweb* su servizi CC (es. accesso e mediazione). I documenti analizzati, in particolare, sono stati così categorizzati:

- Politiche aziendali
 - Piano della formazione aziendale 2018
 - Piano della performance 2019-2021
 - Statuto aziendale 2016-17
 - Bilancio consuntivo 2012
 - Report “salute degli immigrati”
- Locandine di eventi formativi
- Pagine del sitoweb:
 - Pagine relative all'accesso
 - Pagine relative alla mediazione culturale
 - Comunicazioni su progetti CC
 - Presentazione della Mission Aziendale

Risultati

L'analisi dei documenti ha permesso di raccogliere informazioni su diverse aree d'indagine. I dati analizzati riguardano le seguenti aree tematiche e relativi sottotemi:

- 1) Commitment organizzativo: priorità attribuita alla CC, approccio alla diversità e approccio strategico, strategie di sostegno alla partecipazione, leadership e misure di performance, pianificazione aziendale;
- 2) Pratiche CC nell'erogazione dei servizi: formazione, mediazione, pratiche partecipative e accesso (sitoweb);
- 3) Contesto sociale e politico: politiche regionali e clima politico.

Di seguito sono presentati i risultati maggiori per le tre aree tematiche e in Tab. 21 sono presenti a titolo esemplificativo i dati analizzati per il tema del *commitment organizzativo* e della *formazione*.

1. Commitment organizzativo

Priorità attribuita alla CC, leadership, piano strategico

I recenti documenti aziendali analizzati mostrano alcuni riferimenti ai valori dell'equità nell'accesso e “della salute per tutti”.

Nel documento di mission si esplicita la mission della promozione della salute per tutta la popolazione “*residenti e comunque presente a qualsiasi titolo nel proprio territorio*”. Meno evidenti sono i richiami al tema della riduzione delle disuguaglianze sanitarie negli assi strategici,

anche se c'è un investimento dichiarato verso i modelli di medicina d'iniziativa.

L'equità è uno dei valori presenti nell'attuale mission aziendale e sono citati i principi di eguaglianza (*le prestazioni vengono erogate secondo regole uguali per tutti, senza distinzione di sesso, razza, lingua, ceto ed opinioni politiche*) e imparzialità (*i soggetti erogatori dei servizi medici, operatori sanitari e tecnici, personale amministrativo hanno l'obbligo di comportarsi in maniera obiettiva, equa e imparziale nei confronti di tutti gli utenti*).

Dall'analisi di alcuni documenti emerge come l'attuale nomina di un referente per la salute degli stranieri sia in continuità con pregresse scelte organizzative e già dal 2013 sembra essere presente in azienda un referente per le politiche per i migranti.

Le strategie di implementazione di cambiamenti organizzativi: strategie di planning e monitoring

Interessante è il report pubblicato successivo al periodo delle interviste sullo stato di salute della popolazione straniera che collega le evidenze di salute raccolte dal servizio di epidemiologia con le strategie CC implementate a livello aziendale. Nello specifico sono pubblicati i dati di salute su diverse aree di salute (mortalità, salute materno infantile, screening, salute mentale adulti, salute mentale infanzia e adolescenza, malattie infettive, incidenti sul lavoro, rischio cardiovascolare – diabete), di accesso ai servizi (ricoveri, accessi al pronto soccorso, specialistica ambulatoriale, consumo di farmaci) e fasce di popolazione (demografia, condizioni socioeconomiche, salute dei richiedenti asilo).

Le strategie di sostegno alla partecipazione

Gli assi strategici dichiarati nei documenti di mission richiamano il principio della partecipazione, attraverso il valore della “comunicazione ed il people management” e attraverso il coinvolgimento delle associazioni di volontariato, sia per tutelare il diritto alla corretta erogazione del servizio, sia per favorire la collaborazione.

Approccio alla diversità e approccio strategico

In alcuni documenti esaminati, ed in particolare nel Report del 2018, i bisogni di salute della popolazione straniera sono letti guardando alle risorse in termini di salute della popolazione straniera (es. collegate alla giovane età), alla diversità linguistica culturale e alle condizioni sociali precarie: *“le sue fragilità più evidenti nella estraneità linguistica e culturale rispetto alla popolazione generale ed ai servizi, nella povertà materiale e relazionale, nella precarietà”*. (DOC-2018).

La strategia dell'organizzazione per rimuovere eventuali disuguaglianze è presentata puntando primariamente alla riduzione delle barriere linguistiche culturali (*“la tutela e promozione della salute delle persone straniere si concentra principalmente sulle strategie per superare le barriere linguistiche e culturali”*, DOC-2019). Nei documenti come quelli relativi alla formazione si rileva l'uso del termine multiculturalità. Inoltre, gli interventi CC hanno l'obiettivo di ridurre disuguaglianze, attraverso un approccio centrato sulla persona: *“noi identifichiamo i bisogni socio-sanitari dei cittadini stranieri passando dal concetto di paziente al concetto di persona”*. (DOC-2013)

2. Pratiche CC nell'erogazione dei servizi

Formazione

L'analisi dei documenti ha permesso di identificare le strategie formative attive in azienda nell'anno 2017-2018 sul tema della salute degli stranieri e in generale sull'equità e riduzione delle disuguaglianze che hanno riguardato 10 esperienze formative in diverse modalità: seminario, audit, formazione esperienziale. Le formazioni hanno riguardato in modo prevalente la presa in carico di rifugiati e richiedenti asilo (altre aree: salute donna, bilinguismo infanzia, salute di genere, dati sulla salute degli stranieri) con eventi aperti a tutta l'azienda o eventi per specifici servizi o professionalità. Precedenti eventi formativi, uno nel 2013 e l'altro nel 2016, hanno riguardato la formazione per gli operatori degli sportelli di informazione e l'accesso ai servizi socio-sanitari e al pronto soccorso in collaborazione con la Regione, il comune, e il terzo settore.

Mediazione culturale, Accesso e pratiche partecipative

Sul sito internet sono presenti informazioni sulla mediazione culturale, presentata come un servizio a supporto degli operatori e dei pazienti, e le relative modalità di attivazione. Inoltre, è presentato il nuovo servizio di mediazione integrata che prevede: la mediazione linguistico-culturale; la mediazione etnoclinica etnopsichiatrica; mediazione di comunità e la progettazione e fundrasing per le attività interculturali. Sono presenti materiali di pubblicizzazione dei progetti dell'ESC nell'ambito della salute donna per la promozione della riduzione delle interruzioni volontarie di gravidanza e la promozione degli screening alla cervice uterina.

I documenti analizzati mostrano, a partire dal 2011, lo sviluppo di interventi legati all'accoglienza di richiedenti asilo e rifugiati, con l'istituzione di punto unico per gli accertamenti sanitari per i richiedenti asilo e rifugiati dal 2014 e sportelli informativi per l'accesso.

3. Contesto sociale e politico

Clima politico

È stato selezionato un comunicato stampa del 2017 sull'accesso di richiedenti asilo e rifugiati di replica ad una comunicazione del Comune, con precisazioni sugli orari di funzionamento dell'ambulatorio, il numero di accessi e informazione sull'assenza di patologie contagiose riscontrate dalle visite di richiedenti asilo, che appare una risposta ad una polemica mediatica.

Tabella 21. Risultati analisi documenti - Esempi area commitment e formazione

<p>COMMITMENT ORGANIZZATIVO</p> <p>Priorità attribuita alla CC</p>
<p><u>equità accesso</u> 2017- Mission: un'opportunità irrinunciabile <i>per assicurare una sanità uguale per tutti e, così come accade in alcune realtà più avanzate del mondo occidentale, senza sprechi organizzativi ma che destina tutte le risorse alla sicurezza e alla qualità delle cure.</i></p>
<p><u>equità accesso</u> 2016- Mission: L'Azienda identifica la propria missione nella promozione e tutela della salute sia individuale che collettiva, della popolazione <i>residente e comunque presente a qualsiasi titolo nel proprio territorio</i>, per consentire la migliore qualità di vita possibile, garantendo i livelli essenziali di assistenza, come previsto dalla normativa nazionale e regionale. La missione aziendale si inserisce all'interno delle scelte di programmazione sanitaria nazionale, regionale e locale, integrandosi con esse e contribuendo ad una loro attuazione in risposta ai bisogni di salute della comunità locale.</p>
<p>FORMAZIONE</p> <p>2013 - Servizi sanitari per i migranti, corso di formazione per gli operatori degli sportelli di informazione. Temi: accesso, disuguaglianza, centratura sulla persona</p> <p>2016- La Salute per tutti. Temi: dati nazionali, regionali; le politiche regionali.</p> <p>2017 - Il ruolo del medico nella nuova società multietnica - Appropriately dell'accesso al pronto soccorso dei pazienti migranti</p> <p>2017-2018 Salute stranieri Temi: Dati, Richiedenti Asilo, Maternità, Valutazione bilinguismo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presentazione dossier statistico nazionale immigrazione e quadro salute dei migranti. - Minori stranieri non accompagnati e determinazione età presunta minori - Maternità e parto nel paese di approdo: training on the job rivolto ad operatori sociosanitari. - Certificazione medica richiedenti protezione internazionale vittime di tortura o altre forme di violenza - Valutazione e presa in carico del bambino bilingue con disturbo di linguaggio in un'ottica di equità del trattamento Sanitario. <p>Equità</p> <ul style="list-style-type: none"> - Salute e medicina di genere: approccio multidisciplinare e interdisciplinare per garantire equità e appropriatezza delle Cure - Equità, appropriatezza e sostenibilità nella clinica e riabilitazione delle persone dipendenti - Disuguaglianze in salute

E) Analisi documentale dell'organizzazione 3 (Piemonte)

Campione dei documenti

Il campione di documenti esaminati è costituito da 17 unità composte da politiche aziendali, comunicazioni di eventi formativi, strutture dedicate alla partecipazione, pagine del sitoweb su pratiche organizzative e di erogazione dei servizi CC (es. mediazione e formazione), materiale multilingua.

- Politiche aziendali
 - Atto aziendale – 2015
 - Politiche sull'umanizzazione
 - Strutture di partecipazione – conferenza di partecipazione
- Locandine di eventi formativi
- Materiale multilingua
- Pagine del sitoweb:
 - Pagine relative all'accesso
 - Pagine relative alla mediazione culturale
 - Comunicazioni su progetti CC
 - Presentazione della Mission Aziendale

Risultati

L'analisi dei documenti ha permesso di raccogliere informazioni sulle seguenti aree tematiche e relativi sottotemi:

- 1) Commitment organizzativo: priorità attribuita alla CC, approccio alla diversità e approccio strategico, strategie di sostegno alla partecipazione, leadership, pianificazione aziendale;
- 2) Pratiche CC nell'erogazione dei servizi: formazione, mediazione, partecipazione e accesso (sitoweb).

Di seguito sono presentati i risultati maggiori per le due aree tematiche e, in Tab. 22, sono presenti a titolo esemplificativo i dati analizzati, con stralci dei documenti, per il tema del *commitment organizzativo* e della *formazione*.

1. Commitment organizzativo

Priorità attribuita alla CC e leadership

Fra i principi centrali dichiarati dall'azienda collegati al tema dell'accesso c'è la centralità “del cittadino-utente” posto fra i primi valori tutelati. Si può notare un orientamento al miglioramento della qualità dell'assistenza e del “trattamento delle patologie”, mentre non appare evidente un richiamo ai valori dell'equità o della riduzione delle disuguaglianze.

La centralità del cittadino-utente è intesa come principio che promuove l'accesso ai servizi e i processi di partecipazione dell'utenza, attraverso il rilevamento del grado di soddisfazione.

L'analisi dei documenti rileva, inoltre, un investimento sui temi della “empowerment del cittadino” e dell'umanizzazione con interventi programmati nelle politiche aziendali sui processi

di accoglienza, ricovero, e in maniera specifica per l'utenza straniera, sulle procedure del consenso informato.

In termini di responsabilità aziendali sulle pratiche rivolte alle persone straniere, il servizio URP è citato nei documenti come referente per il servizio di mediazione culturale e per l'accesso al SSN delle persone straniere.

Le strategie a sostegno della partecipazione

Sui temi dalla partecipazione appare attiva la “conferenza di partecipazione”, formata da vari sottogruppi e pare dai documenti che i percorsi per il consenso informato per le persone straniere, siano stati presentati all'interno del dispositivo.

2. Le Pratiche CC nell'erogazione dei servizi

Formazione, Mediazione Culturale, Assistenza spirituale, Accesso

Molti documenti hanno permesso di approfondire le pratiche formative sviluppate dall'azienda che sembrano coprire tre temi “Religione” “Equità” “Interculturalità”. Le formazioni sull'equità, avvenute per due anni consecutivi, sono state collegate ad un progetto interaziendale e hanno avuto come obiettivo principale la presentazione e diffusione dei principi dell'equità e del “contrasto alla discriminazione”. Si può evidenziare come quelle sull'interculturalità abbiano un carattere più strutturale e stabile, costituendosi come formazione con più edizioni nel corso dell'anno per tutto il personale dell'azienda.

I temi dell'interculturalità sembrano trattati con un approccio categoriale, più evidente con la proposta del corso sulla “cultura araba” (vedi Tab. 22). Gli obiettivi della formazione sono in modo primario quelli di sviluppare conoscenze culturali, rispetto per le differenze culturali e consapevolezza delle barriere linguistiche e comunicative.

L'analisi dei documenti conferma i dati delle interviste in relazione alla modalità di funzionamento del servizio di mediazione, ma in aggiunta rivela l'”allargamento” ai pazienti con deficit uditivi e/o del linguaggio. Sono presenti informazioni sul sito aziendale sulle modalità di attivazione e funzionamento e delle lingue presenti. È da notare, in termini di approccio, un ampio riferimento al termine etnie per indicare lingue e origine dei mediatori culturali.

Sono stati raccolti documenti che approfondiscono gli interventi relativi alla polizia mortuaria, ovvero le linee-guida definite per ogni credo religioso, e all'assistenza religiosa per la quale sul sito aziendale sono pubblicizzati i luoghi di preghiera e le modalità per richiedere l'intervento dei ministri di culto dei diversi credo e confessioni.

Sul sitoweb è presente una sezione dedicata all'accesso per le persone straniere con guide ai servizi in diverse lingue.

Tabella 22. Risultati analisi documenti - Esempi area commitment e formazione	
COMMITMENT priorità attribuita alla CC	
<p>2015 Atto aziendale Centralità della persona- partecipazione Mission:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Funzione assistenziale: l'azienda è orientata sia alla gestione delle patologie ad alta complessità, sia all'applicazione di modelli e linee guida per il miglioramento dei percorsi diagnostico terapeutici. ▪ Funzione didattica ▪ Funzione di ricerca di base e clinica. <p>Principi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Centralità del cittadino-utente: processi di comunicazione per l'accesso e per rilevare soddisfazione ▪ Integrazione fra assistenza e attività didattica ▪ Responsabilizzazione dei risultati ▪ Integrazione organizzativa ▪ Miglioramento della qualità ▪ Promozione iniziative 	
FORMAZIONE	
<p>2011 - Dono, Credo. Donazione di Organi e Religioni a confronto, Temì: conoscenze culturali, religiose, mediazione culturale - mediazione religiosa in ospedale, mediazione culturale e trapianti di organi, aspetti antropologici della donazione di organi, donazione e trapianto di organi - donazione di organi in specifiche religioni (cristiana cattolica, cristiana ortodossa, cristiana avventista, ebraica, induista, islamica, buddhista) Metodologia: frontale, una giornata</p> <p>2015 - La cultura dell'equità in un contesto di "vulnerabilità sociale" in ambito sanitario Temì - obiettivo: l'equità dell'assistenza sanitaria, diritto alla salute e equità, analisi del contesto socio-culturale, diritto alla salute e migrazioni, promozione della salute e equità Metodologia: frontale, 1 giornata</p> <p>2016 - Esperienze in tema di Equità nei servizi sanitari: Sviluppo e azioni di Miglioramento Temì - obiettivo: temi dell'equità e contrasto alle discriminazioni in ambito sanitario: riconoscere e prendere in carico le situazioni di fragilità Metodologia: frontale, 1 giornata</p> <p>2017 - il percorso assistenziale nelle donne migranti</p> <p>2018 - Il rispetto dell'interculturalità nella cura, Temì: fenomeno migratorio, servizi aziendali, conoscenze culturali, rispetto culturale Obiettivi: analisi del fenomeno migratorio, assistenza interculturale in azienda: l'esperienza degli operatori, la risposta aziendale al bisogno di assistenza interculturale, il rispetto dell'interculturalità nella cura: fattori ostacolanti e favorenti, la cura del corpo, l'alimentazione, il dolore Metodologia: frontale esperti, 2 giornate, più edizioni anno</p> <p>2018 Corso di formazione di cultura araba</p>	

Obiettivo

Identificare le possibili modalità di approccio col paziente di cultura araba e di religione musulmana, Identificare gli elementi della cultura araba e della religione musulmana su cui far leva per proporre al paziente un percorso di cura, nel rispetto del suo credo e non contrastante con le sue convinzioni

Temi: Competenza professionista: conoscenza culturale, rispetto culturale

Comunicazione: La comunicazione interculturale. Il paziente arabo: approccio e difficoltà, le barriere nella comunicazione tra operatore e paziente immigrato. La fiducia.

Aspetti culturali-categoriali: interpretazioni della religione e della tradizione, Famiglia e comunità. Riconoscere la donna e l'uomo arabo dall'abbigliamento. Come scegliere il giusto approccio in base al riconoscimento della provenienza. Modelli culturali e comportamentali della donna nella cultura araba. Differenze e similitudini tra Islam e Occidente.

Metodologia: frontale tre giornate